



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Psicología
Programa de Conductas Adictivas

*APLICACIÓN DEL PROGRAMA PREVENCIÓN
ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS EN UN JOVEN
UNIVERSITARIO DEPENDIENTE DE ALCOHOL*

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
que para obtener el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGIA presenta:

ROSA ISELA VÁZQUEZ ANDONEY

Director: Dr. Horacio Quiroga Anaya

Jurado:

Revisor: Dr. Ariel Vite Sierra
Revisor: Dra. Mariana Gutiérrez Lara
Dra. Lydia Barragán Torres
Dra. Silvia Morales Chainé





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.



*“El verdadero amor no es otra cosa que el deseo inevitable
de ayudar al otro para que sea quien es”*

Jorge Bucay

Dedicatoria

A mis padres:

Este es mi regalo de aniversario para ustedes...

Gracias por creer en mí. Soy afortunada por contar con su cariño,
su apoyo incondicional y su ejemplo. Este logro es suyo también.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por estar conmigo día a día, por darme las fuerzas para realizar un sueño mas y por no soltarme en los momentos mas dificiles.

Mamá:

Gracias por ser la mujer que más admiro,
por tu lucha, tu entrega, tu valentía.
Gracias porque además de ser mi mamá, eres mi amiga.

Papá:

Gracias por tu apoyo, por ser el equilibrio en casa,
por sacarnos una sonrisa en cada momento.

Jessenia, Andrea y Adriana:

Gracias por hacer mis días más divertidos,
por sacarme una sonrisa en los momentos difíciles.
Porque son una motivación para querer ser mejor persona.

A mis abuelitos, a mis tíos y a mis primos, gracias por su apoyo, gracias por ser mi familia.

Agradecimientos

A mi Universidad:

Por abrirme sus puertas para mi formación y fomentar en mí el deseo de superación. Me siento orgullosa de ser Universitaria.

Al Dr. Quiroga:

Gracias por su apoyo, por su orientación, por su trato cálido, por compartimos lo mucho que sabe en cada momento.

Y muchas gracias por ser mi guía en este sueño.

A Lupita:

¡Gracias!, fuiste piedra angular en mi formación profesional.

Pero sabes que mi gracias va más allá de lo profesional, gracias por estar conmigo en momentos cruciales, escuchándome, orientándome, apoyándome, impulsándome. Gracias por no dejarme soltar la toalla. Te quiero mucho.

A Tere:

Gracias por el trato profesional que siempre tuviste para conmigo.

A Raque y Alex:

Gracias por iniciar juntos esta etapa de formación, por ser mis compañeros de servicio social y amigos de vida.

Son muchas las personas especiales en mi vida
a las que me gustaría agradecer, por su cariño, su dedicación,
su apoyo, sus ánimos, sus sonrisas, su comprensión, su amistad,
su amor, su sabiduría y su tiempo en las diferentes etapas de mi vida.
Algunas están aquí conmigo, otras en mis recuerdos y en mi corazón.
Sin importar en donde estén gracias por haber formado parte de mi,
porque soy la suma de todos ustedes, el orgulloso resultado
de aquellos que han tocado mi vida de tantas maneras...

A todos GRACIAS

Rosa Isela

ÍNDICE

	No. de página
Resumen	9
Datos generales del programa de servicio social	10
Contexto de la institución y del programa en donde se realizó el servicio social	11
Descripción de actividades realizadas en el servicio social	21
Objetivos del informe social	22
Capítulo 1. Una mirada al consumo de alcohol en México	23
Capítulo 2. La importancia de la Prevención en sus distintos niveles: prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada.	28
2.1 ¡Aún es tiempo! Primer escalón: Prevención Universal	29
2.1.1 Evolución de los Programas preventivos a través del tiempo	30
2.1.2 ¿Qué se ha hecho en México en la prevención universal?	31
2.1.3 Factores de Riesgo y Protección	34
2.2 ¡Hay riesgo! Segundo escalón: prevención selectiva	37
2.2.1 ¿Qué se ha hecho en cuanto a la prevención selectiva?	38
2.3 ¡Se presentó! Tercer escalón: prevención indicada	39
Capítulo 3. Prevención indicada: Tratamiento en el consumo de sustancias	40
Principales modelos en el campo de las adicciones	41
3.1 Modelo biológico	42
3.2 Modelo psicodinámico	42
3.3 Modelo conductual	43
3.4 Modelo transteórico	43
3.5 Modelo cognitivo-conductual	44
3.5.1 Prevención en Recaídas	46

3.5.2 Prevención Estructurada de Recaídas en Estudiantes Universitarios	47
Capítulo 4. Reporte de Caso Único	49
Motivo de consulta	49
Admisión	49
Antecedentes	50
Evaluación Inicial	51
Descripción de los instrumentos	52
Sesión 1. Resultados de la evaluación inicial	55
Desarrollo por sesiones	60
Sesión 2. Entrevista motivacional	60
Sesión 3. Plan de tratamiento individualizado	62
Sesión 4. Inicio de tratamiento	66
Sesión 5. Enfrentamiento de los deseos intensos e incremento del apoyo social	69
Sesión 6. Rechazo de alcohol	74
Sesión 7. Cambio de pensamiento y asertividad	78
Sesión 8. Solución de problemas	82
Sesión 9. Relajación y relaciones saludables	85
Sesión 10. Enfrentamiento del aburrimiento	88
Sesión 11. Cierre del tratamiento	91
Seguimiento a un mes	98
Seguimiento a 4 meses	100
Conclusiones	104
Sugerencias	105
Referencias	106
ANEXOS	112

RESUMEN

El siguiente Informe Profesional de Servicio Social (IPSS) tiene como objetivo abordar las actividades realizadas durante la prestación del servicio social en el Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se incluyen los antecedentes del programa, el contexto de la institución y los objetivos a cumplir por el prestador del Servicio Social dentro del programa. Se presenta un estudio de caso en el cual se aplicó el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) en un paciente masculino de 26 años de edad, el cual presentaba dependencia en el consumo de alcohol. Éste acudió a solicitar tratamiento, tras ser acusado injustificadamente de haber asaltado a una persona y por lo cual estuvo encerrado dos días en el Ministerio Público. En esta ocasión se encontraba bajo los efectos del alcohol, por lo que considero ser una consecuencia negativa. Sin embargo, ya había presentado con anterioridad problemas relacionados con el uso de alcohol en las siguientes áreas: en el área familiar ya no se hablaba con sus hermanos y su mamá había perdido la confianza en él; en el área escolar, había reprobado materias y se había atrasado con sus actividades; y en el área laboral, había perdido su trabajo, puesto que faltaba o llegaba tarde una vez a la semana. Se evaluó al paciente por medio de diferentes cuestionarios según los cuales cumplió los criterios para su inclusión en el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas. La intervención tuvo una duración de 11 sesiones, de las cuales las primeras 3 se ocuparon para aplicar los componentes de evaluación, entrevista motivacional y el plan de tratamiento individualizado respectivamente; en las sesiones sucesivas se enseñaron las siguientes destrezas: Enfrentamiento de los Deseos Intensos, Incremento del Apoyo Social, Rechazo de alcohol, Cambio de Pensamiento, Asertividad, Solución de problemas, Relajación, Relaciones Saludables con Otros y Enfrentamiento del Aburrimiento. Al finalizar el tratamiento se observaron los siguientes incrementos en el porcentaje de autoeficacia percibida para enfrentar las situaciones de riesgo con consumo moderado, tales como: Emociones Desagradables incrementó un 36%, Conflicto con Otros incrementó un 22%, Momentos Agradables con Otros incrementó un 48%, emociones agradables incrementó un 12%, impulsos y tentaciones incrementó un 4%, presión social para el uso incrementó un 44% y probando el control personal incrementó un 8%. Respecto al consumo valuado en número de copas estándar disminuyó de hasta 46 copas estándar al mes a 3 copas estándar al mes, al término del primer mes de seguimiento. Posteriormente en el 4to mes de seguimiento el porcentaje de confianza para resistirse al consumo en las situaciones de riesgo se mantuvo en la mayoría de ellas, en tanto que en otras incrementó; por lo que se puede considerar que la probabilidad de que pueda continuar con su meta de moderación es alta.

Palabras clave: alcohol, recaída, cognitivo-conductual, destrezas de enfrentamiento, autoeficacia.

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 y Educación sobre 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 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 y Educación sobre Drogas en Estudiantes Universitarios (PREEDEU).
2. Detección e Intervención Breve 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 Recaidas Para Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol y de Otras Drogas (PEREU).

1. Prevención y Educación sobre Drogas en Estudiantes Universitarios (PREEDEU)

Perfil del usuario

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

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 Ajzen (1975), en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977) y en 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, tabaco y/u otras drogas para estudiantes universitarios (DIBAEU)

Perfil de usuario

El DIBAEU está dirigido a estudiantes universitarios que presenten consumo excesivo, abuso o dependencia leve al alcohol, tabaco u otras drogas con base en los criterios de abuso del DSM-IV, así por ejemplo en el consumo del alcohol: estarían 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 de problemas de alcohol y otras drogas, 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, tabaco y/u otras drogas (TAGEU)

Perfil del usuario

Está dirigido a estudiantes universitarios con problemas de alcohol tabaco y/u otras drogas con dependencia moderada. Así por ejemplo en el caso del alcohol, (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 universitarios 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, tabaco y/u otras drogas.

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, tabaco y/u otras drogas.

3. Paso 2: Analizar las situaciones que ponen en riesgo beber, fumar o consumir otras drogas, 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, tabaco y/u otras drogas. 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 con dependencia sustancial y severa al alcohol, tabaco y/u otras drogas (PEREU)

Perfil del usuario

El PEREU, está dirigido a estudiantes universitarios que presentan problemas de dependencia sustancial a severa al alcohol, tabaco y/u otras drogas. Así por ejemplo en el caso del 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 y/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 durante el tratamiento 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 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 co-terapeuta 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 otros 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.

UNA MIRADA AL CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO

Remontarse a periodos históricos, donde el consumo de alcohol estaba restringido a cierto tipo de personas, o bien era empleado con diversos fines, ha quedado atrás. Pues el alcohol, hoy en día, no sólo es una droga que se acepta, sino que se promueve en la sociedad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) el consumo de alcohol se encuentra a nivel mundial entre las primeras diez causas de discapacidad. El consumo de alcohol, es un fenómeno actual que se encuentra profundamente arraigado en nuestra sociedad, y se ha convertido en una preocupación social.

Esto conlleva a que el uso de alcohol esté al alcance de todos los grupos sociales, y casi en cualquier rango de edad, lo cual ha ocasionado que el uso inmoderado de éste afecte directamente la salud del individuo y su funcionamiento en la sociedad (Quiroga, 2008).

Al respecto, la Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (ENA) reportó que el patrón de consumo de la población mexicana se sigue manteniendo en los últimos años como episódico-explosivo. Esto es, que no se bebe diariamente, sino que el consumo es intermitente, es decir, no se bebe con frecuencia. Sin embargo, cuando se hace es en grandes cantidades.

El consumo habitual, sigue siendo más frecuente en hombres que en mujeres (5.8 hombres por cada mujer), sin embargo, la manera de beber de las mujeres está aumentando considerablemente, en especial en las adolescentes (1 mujer entre 12 y 17 años de edad, por cada 1.9 mujeres mayores de 18 años de edad, a diferencia de los hombres que van de 1 por cada 5 en este mismo rango) (Ver figura 1).

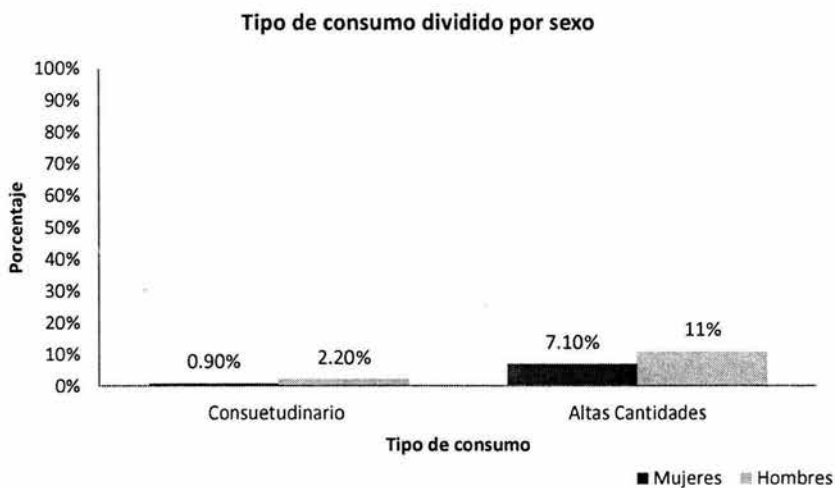


Figura 1. Proporción del consumo de hombres (5+ copas por ocasión) y mujeres (4+ copas por ocasión) que beben altas cantidades de 12 a 17 años de edad. México, ENA 2008.

La cerveza es la bebida que la población mexicana consume regularmente, siguiéndole los destilados y en una menor proporción el vino de mesa y las bebidas preparadas. En el adolescente sólo se invierte el orden de preferencia entre el vino de mesa y las bebidas preparadas, ya que el adolescente prefiere estas últimas.

Según la Encuesta de Estudiantes de la Ciudad de México realizada en el 2006, se encontró que el 68.8% de los adolescentes ha usado alcohol alguna vez

en su vida y un 41.3% lo ha consumido en el último mes; resultando igualmente afectados tanto los hombres como las mujeres (ver figura 2).



Figura 2. Consumo del alcohol por sexo, en estudiantes del D.F. 2006

Analizando el consumo de alcohol por edad, el porcentaje de consumidores de 14 años de edad o menos es de 55.7% y quienes tienen 18 años o más es de 86.8%. De la misma forma, más de la mitad de los adolescentes de 17 años de edad han bebido alcohol en el último mes (ver figura 3) (Villatoro, 2009).

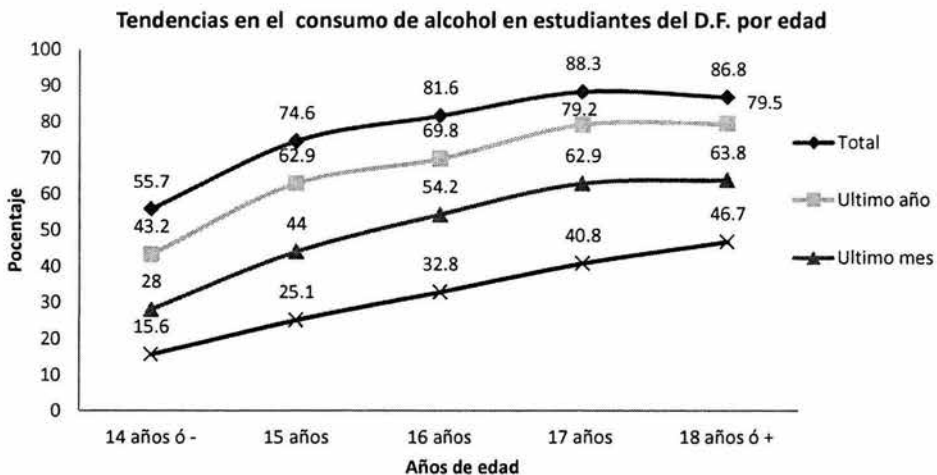


Figura 3. Consumo de alcohol por edad en estudiantes del D.F. en el 2006

Los resultados globales para la Ciudad de México indican que 25.2% de los estudiantes consumen cinco copas o más por ocasión de consumo, al menos una vez al mes (Villatoro, 2006).

La ENA 2008, presenta que estas tendencias varían ligeramente a nivel nacional, presentando una frecuencia de consumo de 5 a 7 copas por ocasión, en un 16% de la población adolescente de 12 a 17 años de edad (ver tabla 1).

Tabla 1						
Número máximo de copas estándar de consumo por sexos						
No. de copas	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
1 a 3	593372	48.4	636 443	69.1	1229815	57.3
4	117708	9.6	69124	7.5	186832	8.7
5 a 7	254933	20.8	89291	9.7	344224	16
8 a 11	132301	10.8	71063	7.7	203364	9.5
12 a 23	88718	7.2	44503	4.8	133221	6.2
24 ó +	37934	3.1	11146	1.2	49080	2.3

Nota: Fuente Encuesta Nacional de Adicciones 2008

Tabla 1. Población total de 12 a 17 años de edad según el número máximo de copas que ha bebido en un sólo día. México, ENA 2008

Es importante saber, que tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años, y los adolescentes están copiando estos modelos de abuso en el consumo, por lo que es imprescindible emplear medidas preventivas no sólo en la evitación del consumo por primera vez, sino en enseñar a moderar el uso de alcohol a quienes ya lo han consumido en épocas tempranas para evitar que se escalone al abuso y dependencia del alcohol (ENA, 2008).

Con base en la descripción de estos datos epidemiológicos, se da pauta a observar en donde se deben de concentrar los esfuerzos, fortaleciendo el área preventiva en sus distintos niveles, para así combatir la problemática de salud existente, tomando decisiones fundamentadas en información actual.

Capítulo 2

LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN SUS DISTINTOS NIVELES: PREVENCIÓN UNIVERSAL, PREVENCIÓN SELECTIVA, Y PREVENCIÓN INDICADA.

“Prevenir significa preparar, disponer con anticipación lo necesario para lograr un fin. Es la acción y efecto de prevenir, es decir, implica un proceso que pone en marcha los medios o condiciones apropiadas para impedir la aparición o surgimiento de un problema (Campollo, 2003)”.

Si los recursos económicos empleados en el tratamiento de adicciones fueran empleados en la prevención de ellas, posiblemente los resultados serían otros. El *Instituto Nacional en Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés, 1997)* en su último principio de prevención expone que los programas preventivos eficaces han mostrado ser costo-efectivos. Es decir, por cada dólar invertido en la prevención del consumo de drogas, las comunidades pueden ahorrar 4 ó 5 dólares en costos de tratamiento.

Partiendo de ello, toma relevancia el diseño de estrategias preventivas en el consumo de alcohol. Es importante ubicarnos dentro de un marco de referencia, para ello se debe de identificar los niveles de prevención (Becoña, 2002). Hasta hace unos años la prevención era clasificada en tres tipos: prevención primaria (prevenir), secundaria (diagnóstico temprano) y terciaria (rehabilitar). Sin embargo, en 1987 Gordon propone una nueva terminología, dividiendo la prevención en tres tipos: la universal, la selectiva y la indicada (Becoña, 2002).

- **Prevención universal.** Centrada en el contexto, es aquella que va dirigida a la población en general sin distinción, tiene la ventaja de no

etiquetar ni estigmatizar, ya que se centra en cambiar conductas que suelen presentarse en la mayoría de las personas. Es de perspectiva amplia, menos intensa y menos costosa. Se incluyen gran parte de los programas preventivos escolares, como los que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores.

Presenta como objetivo la acción preventiva sobre diversos aspectos del ambiente, con este tipo de intervención se pretende evitar la exposición del adolescente a los factores de riesgo ambientales relacionados con una problemática determinada (Cornes, 2004).

- **Prevención selectiva.** Centrada en el sujeto, va dirigida a un subgrupo de la población que tiene un riesgo mayor que el promedio, se enfoca en grupos de riesgo. Su objetivo es intervenir sobre individuos que presentan alto riesgo de llegar a padecer una problemática determinada, tienen como meta anticiparse a la aparición de los problemas asociados al consumo, es decir, se prepara al individuo para afrontar situaciones de riesgo (Cornes, 2004).
- **Prevención indicada.** Va dirigida a un subgrupo concreto de la población, que suelen ya presentar el problema, se enfoca a individuos de alto riesgo. Es más intensiva y más costosa, dirigida a un subgrupo de la comunidad, el cual ya consume o tiene problemas de comportamiento. Está basada en la detección de forma temprana de los primeros síntomas de una problemática determinada y así ofrecer una respuesta rápida y evitar que ese problema avance y se desarrolle en toda su intensidad (Cornes, 2004).

2.1 ¡Aun es tiempo! Primer escalón: prevención universal

La prevención universal puede realizarse desde distintos ámbitos: familiar, escolar, comunitario, laboral, etc. Para prevenir, tenemos que estar informados y

preparados para poner en práctica medidas de protección. La casa es el mejor lugar para proteger a los hijos de las drogas en general.

En segundo lugar está la escuela, centrándonos en ello, se observa que el ámbito escolar puede ser tanto un factor de protección como un factor de riesgo, Jessor (1991) mencionó que la escuela será un factor de protección, siempre y cuando ésta sea una escuela de calidad, es decir, haya un adecuado control de los profesores a sus alumnos, un seguimiento cercano, exista la promoción de un desarrollo integral en los alumnos. De esta manera, en la escuela también se tenderá a promocionar el desarrollo en sentido opuesto, y es aquí donde el ambiente escolar podría ser considerado un factor de riesgo, entre las principales características para que esto suceda se encuentra: el bajo rendimiento académico, el fracaso escolar, el desinterés en la relación profesor-alumno, la conducta antisocial, entre otros (Becoña, 2002).

Es sumamente importante la prevención en el ámbito escolar, ya que la escuela es uno de los principales agentes de socialización, donde se encuentran esencialmente los grupos de pares, además de que el adolescente está sometido a cambios de diversa índole que lo exponen a riesgos variados, como lo es el abuso de alcohol. Por ello, profesores y educadores de la salud juegan un papel significativo debido a su cercanía con el alumno y su función como modelos (Vega, 1998).

2.1.1 Evolución de los Programas Preventivos a través del tiempo

Los diversos programas preventivos han sido estudiados a través del tiempo, por lo que Becoña (2002) muestra una síntesis del progreso que han tenido éstos en las últimas décadas, dando pauta a saber lo que se ha hecho, lo que ha funcionado, lo que se ha modificado y así saber qué dirección se puede tomar.

Los primeros programas de prevención universal se basaban en el modelo racional o informativo (en los años sesentas y setentas), partían de la creencia que

los adolescentes no tenía suficiente información sobre las consecuencias negativas del consumo, por lo que se insistía en la introducción de esta información, en muchas ocasiones sólo promoviendo el miedo en el adolescente, sin embargo, este enfoque no es suficiente, ya que en el consumo intervienen diversos factores y no sólo el conocimiento.

Para los años setentas y ochentas le siguieron los programas basados en el modelo de influencias sociales o psicosociales, los cuales consideraban la existencia de tres factores de riesgo: ambiente, personalidad y conducta. El manejo adecuado de las situaciones de riesgo y las habilidades que presentan en ellas son mecanismos de gran importancia para evitar el consumo de alcohol (Becoña, 2002).

Ya para los años ochentas y noventas surge el modelo de habilidades generales, en el cual se propone que no sólo se necesita entrenar al adolescente en habilidades específicas para el rechazo de cualquier droga, sino que es necesario entrenarlo en habilidades generales. Un programa representativo en estos años es el *Entrenamiento en habilidades para la vida* («Life Skills Training», LST) de Botvin (1995) consiste en 12 unidades que se enseña a lo largo de 15 sesiones, tiene como objetivo principal facilitar el desarrollo personal y de habilidades sociales, poniendo atención en habilidades para el manejo de la influencia social en el consumo (Becoña, 2002).

2.1.2 ¿Qué se ha hecho en México en la prevención universal?

En México, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) ha promovido la elaboración de diferentes modelos preventivos. A continuación se describen algunos de ellos y las principales propuestas que han tenido.

El modelo “Construye tu vida sin adicciones” fue diseñado por el Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos (INEPAR), como encomienda por parte del CONADIC. Dicho modelo es una propuesta basada en los aportes de la medicina mente-cuerpo la cual pretende fortalecer la responsabilidad individual y

social en relación con su salud integral, principalmente previniendo las adicciones. Aborda la prevención como un conjunto de acciones para promover el desarrollo humano y crear ambientes proactivos, por ello, es un modelo de tipo universal.

En su planteamiento establece que, tanto la recuperación, como la prevención de las adicciones, se vincula más con las actitudes y comportamientos que integran la forma de vida de la persona y el entorno, que sólo estrictamente con inhibir el consumo de la sustancia (Vélez, Prado & Sánchez, 2003).

El modelo de prevención de Centros de Integración Juvenil (CIJ) tiene como objetivo disminuir, atenuar y/o retardar el consumo de drogas en la población considerada de riesgo. Para que éste sea cumplido se tiene como estrategia la elaboración, desarrollo y seguimiento de un programa preventivo de alcohol, tabaco y otras drogas con base en las evidencias científicas y empíricas adaptándose a las condiciones de la población, trabajando en los tres niveles de prevención (universal, selectiva e indicada) creando vínculos a través de la movilización social que ayudan a fortalecer el objetivo inicial (Solís, Gómez & Ponce, 2003).

El programa "modelo de Prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo" es una iniciativa internacional diseñado por el Dr. Sverre Fauske, (Fauske, Wilkinson, Shain, 1996) dirigido a empresas. El modelo ha sido adaptado a las condiciones culturales de los mexicanos por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (Medina-Mora, Carreño; De la Fuente, 1998) y fue extendido a la familia y a la comunidad (Natera & Tiburcio, 1998). Tiene como objetivos: 1) establecer una infraestructura que integre tres componentes: la empresa, el trabajador y el departamento de recursos humanos, y 2) desarrollar, activar y evaluar un programa de prevención y ayuda respecto al uso de alcohol, tabaco y otras drogas, que se oriente a los trabajadores y se extienda a la familia y la comunidad (Carreño, Medina-Mora, Ortiz, Natera, Tiburcio & Vélez, 2003).

El modelo preventivo de "Riesgos psicosociales para menores, adolescentes y sus familias: CHIMALLI-DIF", es un modelo de trabajo para comunidades abiertas, orientado al incremento de habilidades de protección, siendo en total 26 divididas en tres áreas: uso de drogas y conducta antisocial, eventos negativos de la vida y estilo de vida, esto se aborda de manera integral haciendo participe a la comunidad, buscando ser una herramienta útil para los promotores infantiles comunitarios de los programas del DIF que estén vinculados con los riesgos psicosociales (Llanes, Castro, Margain, 2000).

El "Programa de educación preventiva contra las adicciones" (PEPCA) nace como una opción encauzada a prevenir el desarrollo de las adicciones desde el ámbito educativo, surgido de la información epidemiológica, del análisis de la base jurídica de la educación y de un diagnóstico de la problemática actual (crisis de valores, ruptura del equilibrio sujeto-entorno y aumento en el consumo de drogas). En su método se plantea desde la actividad escolar. La labor de informar, es responsabilidad del área docente, coordinar actividades en cada escuela, de tal manera, que las acciones realizadas se extiendan a la comunidad y por ende a los hogares, promoviendo la participación integral de maestros, alumnos y padres de familia (De Leonardo, Bermúdez & Amador, 2003).

El Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población (IMIFAP) ha desarrollado el Programa de prevención del abuso de sustancias para alumnos de 4º, 5º y 6º grados de primaria "Yo quiero, yo puedo". Favorece el desarrollo de habilidades para la vida en los estudiantes, teniendo como finalidad prevenir problemas de educación y salud pública. Se ha puesto en marcha en escuelas públicas y privadas a través de la formación de docentes y orientadores, para que éstos sean los replicadores del programa con los estudiantes (IMIFAP, 1997).

El "Modelo comunitario de integración psicosocial, Fundación Ama la Vida I.A.P." pretende, de manera integral, que contemple la particularidad de las personas afectadas, los sistemas familiares donde nace histórica, cultural y socialmente el problema. La intervención estratégica de este programa se planea

en diferentes niveles de incidencia: en la prevención primaria, reducción del daño, la rehabilitación y la cura, la reinserción social y la investigación del fenómeno en las personas, los sistemas familiares y las comunidades.

Como se puede observar la prevención universal no es responsabilidad de un solo sector, el consumo de alcohol es multifactorial por lo que se deben de unir esfuerzos, de las familias, de los facilitadores, de la sociedad, del gobierno, un compromiso el cual debe integrar a todos, cada quien haciendo lo que le toca desde su lugar, siendo necesario ubicar aquellos factores que ayudan a proteger a los jóvenes.

2.1.3 Factores de riesgo y protección

Como se ha visto en las últimas décadas, el trabajo preventivo ha cambiado a través del tiempo, es de suma importancia que cada programa sea evaluado, y modificado, de acuerdo a la población asignada, la detección de la influencia de factores antecedentes o la integración de nuevos factores, lo cual es crucial en la mejora de los componentes en los programas preventivos (Becoña, 2002).

Es por ello, que en 1997, el *Instituto Nacional en Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés)* expone como primer principio en la prevención en drogodependencias: "Los programas preventivos deberían ser diseñados para realzar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo"

Un factor de riesgo es "un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación de las mismas (mantenimiento)" (Clayton, 1992).

Mientras que un factor de protección es "un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas, o la transición en el nivel de implicación de las mismas" (Clayton, 1992).

En el 2001 el *Centro de Prevención del Abuso de Sustancias (CSAP, por sus siglas en inglés)*, publicó un listado de los principales factores de riesgo y protección, producto del estudio de la información existente hasta ese momento (ver tabla 2).

Tabla 2 Principales factores de riesgo y protección para el consumo de drogas		
Dominio	Factores de riesgo	Factores de protección
Individual	<ul style="list-style-type: none"> Rebeldía Amigos que se implican en conductas problemáticas Actitudes favorables hacia la conducta problema Iniciación temprana en la conducta problema Relaciones negativas con los adultos Propensión a buscar riesgos o a la impulsividad 	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidades para la implicación prosocial Refuerzos/reconocimiento por la implicación prosocial Creencias saludables y claros estándares de conducta Sentido positivo de uno mismo Actitudes negativas hacia las drogas Relaciones positivas con los adultos
Iguales	<ul style="list-style-type: none"> Asociación con iguales que consumen o valoran las sustancias no peligrosas. Asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad Susceptibilidad a la presión de los iguales. 	<ul style="list-style-type: none"> Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas y otras Resistencia a la presión de iguales especialmente las negativas No fácilmente influenciados por iguales
Familia	<ul style="list-style-type: none"> Historia familiar de conductas de alto riesgo Problemas de manejo de la familia Conflicto familiar Actitudes parentales e implicación en la conducta problema 	<ul style="list-style-type: none"> Apego Creencias saludables y claros estándares de conducta Altas expectativas parentales Un sentido de confianza básico Dinámica familiar positiva

Escuela	<p>Temprana y persistente conducta antisocial</p> <p>Fracaso académico desde la escuela elemental</p> <p>Bajo apego a la escuela</p>	<p>Oportunidades para la implicación prosocial</p> <p>Refuerzos/reconocimiento por la implicación prosocial</p> <p>Creencias saludables y claros estándares de conducta</p> <p>Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del Centro</p> <p>Clima instruccional positivo</p>
Comunidad	<p>Disponibilidad de drogas</p> <p>Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas</p> <p>Deprivación económica y social extrema</p> <p>Transición y movilidad</p> <p>Bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria</p>	<p>Oportunidades para participar como un miembro activo de la comunidad</p> <p>Descenso de la accesibilidad a la sustancia</p> <p>Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes</p> <p>Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad</p>
Sociedad	<p>Pobreza</p> <p>Desempleo o empleo precario</p> <p>Discriminación</p> <p>Mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación</p>	<p>Mensajes de los medios de resistencia al uso de drogas</p> <p>Descenso de la accesibilidad</p> <p>Incremento del precio a través de los impuestos</p> <p>Aumentar la edad de compra y acceso</p> <p>Leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas</p>
<p>Nota: Fuente <i>Center of Substance Abuse Prevention</i> (2001).</p>		

Con base en estos datos, se sugiere que los programas de prevención universal deberían incluir el desarrollo de habilidades para la vida, así como estrategias de resistencia cuando alguna droga sea ofrecida, reforzar la motivación personal contra el uso de drogas y aumentar la confianza en sí mismo, a través de la práctica y no sólo de dotar al adolescente de técnicas.

Además, se sugiere que la prevención puede ser a lo largo de toda la educación escolar, pues el adolescente está en riesgo. Las campañas de medios

de comunicación y modificación de leyes, son más eficaces cuando van acompañados de intervenciones escolares y familiares (Becoña, 2002).

Cuando una población es más vulnerable, el área preventiva debe empezar a edades tempranas y de manera intensa. Los programas de prevención deben situarse en grupos de edad específicos y ser convenientes a la etapa del desarrollo (Campollo, 2003).

Esto es, ya que la sociedad cambia constantemente, por lo tanto también las necesidades, los intereses y las motivaciones, por lo que los modelos de prevención, exigen estar estructurados de manera que sean estratégicos, de acuerdo a dichos criterios (NIDA, 1997).

La tarea en prevención universal no es fácil, sobre todo, si tenemos en cuenta las supresiones de nuestra propia sociedad, pero esto no quiere decir que no se pueda emprender acción. Como se ha mencionado, el consumo de alcohol antes de los 15 años de edad, incrementa las posibilidades de que se desarrolle una dependencia en la vida adulta, por lo que es imprescindible fortalecer las estrategias enfocadas en la prevención universal y selectiva, para demorar la edad de inicio (Becoña, 2002).

2.2 ¡Hay riesgo! Segundo escalón: Prevención Selectiva

La prevención selectiva son las acciones dirigidas a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en alto riesgo. Tomando en cuenta sus características sociodemográficas, sus condiciones y/o estilos de vida, presentan mayor vulnerabilidad para iniciar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, se encuentran en contacto permanente con múltiples circunstancias y factores de riesgo asociados (Centros de integración juvenil, 2010).

2.2.1 ¿Qué se ha hecho en cuanto a la prevención selectiva?

En el caso de la prevención selectiva, las intervenciones se encuentran menos desarrolladas que en prevención universal (Plan Nacional sobre drogas, 2007). Se presentan algunos programas a continuación:

El Programa para Fortalecer a las Familias (*SFP por sus siglas en inglés*), un programa preventivo universal y selectivo, con tres componentes enfocados en la familia: un programa de formación para padres, uno para niños y otro para familias. Consta de 14 sesiones con una duración de dos horas cada una. El programa tiene como objetivo ayudar a los padres con dependencia a las drogas a mejorar sus habilidades para la crianza y reducir el riesgo de los problemas sucesivos para sus hijos (NIDA, 2004).

El programa "El Poder para Enfrentarse (*Coping Power*)", es una intervención de varios componentes para hijos y padres, dirigida a pre-adolescentes con un alto riesgo de agresividad. Es un programa para los estudiantes de quinto y sexto grado, en el cual se enseña a los niños a identificar y manejar la ansiedad y la ira, a controlar sus impulsos y a desarrollar habilidades sociales, académicas y de solución de problemas (NIDA, 2004).

En México, los CIJ tienen un modelo de riesgo-protección que explica la susceptibilidad de las personas al desarrollo de problemas de abuso de sustancias (Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Esta investigación refiere que el abuso de drogas depende de las condiciones de riesgo a que están expuestos los individuos, tales como: amigos que son usuarios de drogas, padres alcohólicos o que adoptan una actitud permisiva hacia el consumo, así como normas comunitarias y/o escolares que apoyan el abuso de drogas. La prevención selectiva la lleva a cabo en el desarrollo de intervenciones para grupos específicos como lo son: hijos de consumidores de alcohol, reclusos, menores infractores,

víctimas de violencia doméstica y abuso sexual, niños con problemas de aprendizaje y/o de conducta, etc. (Solis, Gomez & Ponce, 2003).

2.3 ¡Se presentó! Tercer escalón: prevención indicada

La prevención indicada se emplea en programas que dirigen sus actividades hacia aquellas personas que han consumido drogas y muestran conductas problemáticas asociadas con el abuso de sustancias. No solo pretenden reducir el primer evento de abuso de drogas, sino también, disminuir la continuación de señales; retardar el inicio del abuso y/o reducir la severidad del consumo excesivo de drogas (CIJ, 2010). El área de la prevención indicada es muy compleja por lo que se abordará ampliamente en el siguiente capítulo.

Capítulo 3

PREVENCIÓN INDICADA: TRATAMIENTO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Un tratamiento puede definirse, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. El término "tratamiento" se aplica al "proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible (Organización de las Naciones Unidas, 1993).

En el 2001 el *Instituto Nacional en Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés)*, una de las instituciones más reconocidas a nivel mundial, sugiere 13 "principios" en cuanto al tratamiento de las adicciones:

1. La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento.
2. No hay un sólo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
3. El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
4. El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas.
5. Para que el tratamiento sea eficaz, es esencial que el paciente lo continúe durante un periodo adecuado.

6. La terapia individual y de grupo, además de otros tipos de terapia de la conducta, son las formas de tratamiento más comunes para el abuso de drogas.
7. Para muchos pacientes, los medicamentos constituyen un elemento importante de tratamiento, especialmente cuando se combinan con la orientación psicológica y otros tipos de terapia de la conducta.
8. El tratamiento de cada paciente debe ser evaluado continuamente y de ser necesario, modificado para asegurar que se mantenga correspondiente con cualquier cambio en su condición.
9. Muchas personas con problemas de drogadicción también tienen otros trastornos mentales, se debe de tratar ambos problemas de manera integrada.
10. La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el abuso de drogas a largo plazo.
11. El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz.
12. El uso de drogas durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente, ya que pueden ocurrir recaídas durante el tratamiento.
13. Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, además de brindar una terapia especialmente dirigida a ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellas conductas que los ponen en riesgo de contraer o transmitir enfermedades infecciosas.

Principales modelos en el campo de las adicciones

El consumo de drogas representa una problemática de salud compleja, por lo que cuenta con una gran gama de modelos para su intervención. Dentro de los modelos más destacados y tomando como punto de referencia las aportaciones hechas en el campo de las adicciones se encuentran: el modelo biológico, el

psicodinámico, el conductual, el transteórico y el cognitivo-conductual (Llorente del Pozo & Iraurgi-Castillo, 2008).

3.1 Modelo biológico

En el campo de las adicciones no se puede negar el efecto que las drogas producen en el cerebro y en los órganos. En este modelo se propone ver a la adicción como un trastorno con causas, esencialmente biológicas, teniendo como hipótesis la automedicación, donde se dice que el individuo consume la sustancia debido a que, una vez que han descubierto sus efectos positivos, su organismo precisa autorregularse mediante la misma (Casas, Pérez, Salazar & Tejero, 1992).

Se ha intentado descubrir aspectos comunes en los procesos de adicción, refuerzo y abstinencia de diversas drogas. En la actualidad se conocen, con bastante detalle, las bases neurobiológicas del abuso y dependencia de las drogas, la actuación conjunta del reforzamiento y de los mecanismos de neuroadaptación.

3.2 Modelo psicodinámico

Explica el uso de sustancias, motivados de manera inconsciente, donde se ven involucradas las fijaciones y traumas que son parte de la personalidad. Teniendo como uno de sus objetivos promover mecanismos de defensa menos autodestructivos que el consumo de sustancias (Monasor, Jiménez & Palomo, 2003).

Dentro de las terapias de base dinámica o analítica, existen varias modalidades de tratamiento que Yllá (2005) clasifica en: psicoanálisis clásico, psicoterapia dinámica o analítica (breve, focal o estándar) y psicoterapia analítica de grupo (Becoña, 2008).

3.3 Modelo conductual

Este modelo explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue leyes, considera que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y operante.

Las drogas pueden funcionar como reforzadores positivos o negativos. En el reforzamiento positivo, un estímulo reforzante (ej., euforia inducida por el consumo de drogas) aumenta la probabilidad de volver a consumir droga. En el reforzamiento negativo, el incentivo para volver a consumir se produce por el alivio de un estado displacentero (ej., los síntomas del síndrome de abstinencia). Además de sus efectos reforzantes directos, las drogas pueden motivar conductas indirectamente a través de estímulos ambientales con los cuales han llegado a asociarse (ej., reforzamiento condicionado) (Roberts & Koob, 1997)

El condicionamiento clásico proporciona una explicación sobre la adquisición, mantenimiento, tratamiento y recaída en las adicciones (Llorente del Pozo et al., 2008). La asociación inicial de un estímulo neutro a un incondicionado. Mientras que en el condicionamiento operante se considera que la conducta de consumo se debe al valor que se produce al reforzar la autoadministración de sustancias.

3.4 Modelo transteórico

Desarrollado en 1982 por Prochaska y DiClemente, el cual comprende el proceso de cambio, desde una persona que no se da cuenta que tiene un problema con el consumo de sustancias, hasta alguien que ha mantenido algún cambio respecto a su problemática (Sánchez- Hervás, Tomas & Morales, 2004).

Los estadios de cambio son los siguientes: 1) precontemplación: no se considera que haya un problema, por lo tanto, no creen conveniente un cambio, acuden a tratamiento obligados, teniendo como único objetivo, la disminución de la presión; 2) contemplación: es caracterizado por la ambivalencia, una vez que se

toma conciencia del problema, es el periodo en donde se piensa en si deberían cambiar o no, hay apertura a la información, pero no ha desarrollado un compromiso de solución; 3) preparación: aparecen criterios intencionales y conductuales, ha dado unos pasos dirigidos a actuar; 4) acción: hay modificación de la conducta problemática; 5) mantenimiento: se intenta conservar y consolidar el cambio conseguido en el estadio anterior, además de poner énfasis en prevenir una recaída.

El modelo transteórico se ha utilizado en múltiples conductas, una de las principales técnicas en que se basa este modelo, es la entrevista motivacional desarrollada por Miller y Rollnick en 1982 (Monasor, Jiménez & Palomo, 2003).

3.5 Modelo cognitivo- conductual

Una de las principales teorías que lo conforma, es la teoría del aprendizaje social, siendo una de las teorías más utilizadas en el campo de las adicciones, propuesta por Bandura (1986). En ésta se propone la existencia de tres esferas que están implicadas en la regulación de la conducta.

- 1.- Los estímulos externos, los cuales afectan la conducta, principalmente, a través de condicionamiento clásico.
- 2.- Las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, por medio del condicionamiento operante.
- 3.- Los procesos cognitivos mediacionales, los cuales regularán la influencia del medio a través de la percepción de los mismos y la influencia en la conducta.

En la teoría del aprendizaje social se acentúa la importancia de los procesos vicarios, simbólicos y auto regulatorios en el funcionamiento. El aprendizaje vicario es un tipo de aprendizaje que se define como "el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro

individuo que observa la actuación del modelo" (Perry & Furukawa, 1987). Para que pueda producirse el aprendizaje, es preciso que la conducta sea simbólica, es decir, tenga relevancia para quien recibirá la información.

Teniendo como referencia los principios del aprendizaje vicario, Bandura (1977, 1983, 1986) propuso la técnica de modelado para adquirir y eliminar conductas, mediante el aprendizaje de modelos. Este tipo de aprendizaje puede hacerse mediante modelos reales o simbólicos (Becoña, 1999).

Las intervenciones que surgen de este modelo analizan, tanto los pensamientos, como el comportamiento en la problemática, se trabaja en la modificación de las creencias y conductas desadaptativas (Monasor et al., 2003).

Las terapias de tipo cognitivo conductual suponen un enfoque comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a incrementar la autoeficacia de la persona (Sánchez-Hervás, Gradolí & Morales, 2004). Entre las características generales de las terapias cognitivo-conductuales se incluyen:

- a. centrarse en el abordaje de los problemas actuales.
- b. establecer metas viables y consensuadas con el paciente.
- c. buscar resultados efectivos para los problemas inmediatos.
- d. utilizar técnicas para incrementar la autoeficacia.

Entre las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los problemas asociados al abuso de sustancia se incluyen (Quirke, 2001):

- Entrenamiento en destrezas de afrontamiento: basadas en la teoría del aprendizaje, tienen por objetivo incrementar y reforzar las destrezas del paciente para enfrentar situaciones de riesgo de consumo.
- Entrenamiento en destrezas sociales: el objetivo es que el paciente desarrolle una serie de destrezas sociales que le ayuden a afrontar las situaciones de riesgo relacionadas con el consumo. Dichas destrezas

pueden ser: asertividad, expresión de sentimientos, técnicas de comunicación positiva, rechazo de bebidas con alcohol y conductas alternativas de consumo (Monasor et al., 2003).

- Manejo de contingencias: se fundamenta en el uso de sustancias, es una conducta operante que es mantenida y puede ser modificada por sus consecuencias. Se basa en la aplicación de castigos o reforzadores contingentes a la ocurrencia de la conducta que se quiere modificar.

- Prevención de recaídas: algo característico en esta técnica es la acentuación de los procesos cognitivos en las conductas adictivas, tales como: creencias, atribuciones y expectativas de autoeficacia, conjuntamente pone un énfasis especial en el proceso de recaída; dada la relevancia y eficacia en el campo de las adicciones se ahondara en ella a continuación.

3.5.1 Prevención de Recaídas

En el campo de las adicciones, la recaída se produce cuando un paciente se expone a una situación de riesgo y no es capaz de responder con estrategias adecuadas para mantener la abstinencia. A medida que aumente la duración de la abstinencia y la persona pueda afrontar eficazmente, cada vez más, situaciones de riesgo, el autocontrol incrementará y la probabilidad de recaída disminuirá. En esta técnica se trabaja con los procesos cognitivos como lo son: creencias, atribuciones y expectativas de autoeficacia frente al consumo, además de que pone énfasis en el proceso de recaída; dada su alta relevancia y eficacia en el campo de las adicciones (Quiroga & Vital, 2003).

Con base en este planteamiento teórico, se identifican ciertas claves en esta intervención: 1) aprender a identificar que situaciones, pensamientos y/o emociones pueden llevar al consumo y aprender a afrontarlos; 2) aprender a identificar las claves y señales que advierten una posible recaída; y 3) aprender a enfrentarse a una recaída antes y después de que se produzca un consumo.

Esta última es la que se emplea en el programa de Prevención Estructurada de Recaídas en Estudiantes Universitarios (PEREU) en la Facultad de Psicología y el cual se describe a continuación.

3.5.2 Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios

El Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU), es un tipo de tratamiento de consulta externa, desarrollado en la Fundación de Investigación de la Adicción del Canadá. Fue diseñado para personas con dependencia sustancial severa.

Hay cinco componentes principales para este Consejo del PEREU, los cuales se describen a continuación:

1. Evaluación. Incluye la valoración del funcionamiento psicosocial, la historia del uso de alcohol u otras drogas (Línea Base Retrospectiva), problemas, consecuencias (Escala de Dependencia al Alcohol), razones, compromiso para el cambio; y fortalezas de enfrentamiento y debilidades, así como los distintos disparadores (Inventario de Situaciones de Riesgo).

2. Entrevista Motivacional. Ayuda al paciente a obtener y comenzar a actuar en la decisión para cambiar su conducta de uso de alcohol y/u otras drogas. Así como la exploración de las razones expresadas por el cliente para cambiar su uso de alcohol y/u otras drogas. Se involucra al paciente en una discusión de sus razones para querer cambiar su uso de alcohol, o reafirmar la decisión que ha tomado.

3. Plan de tratamiento individualizado. Se involucra al paciente a su desarrollo: a) proporcionar una orientación hacia el consejo y acordar con el cliente la firmar de un contrato del tratamiento; b) una revisión por parte del cliente de los disparadores que tiene, específicos y recientes en el consumo de alcohol u otra droga.

4. Procedimientos del consejo para la iniciación del cambio. Consta de 4 sesiones. 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); la involucración de un compañero u otra persona responsable y un papel relativamente directivo por parte del terapeuta.

5. Procedimientos de consejo para el mantenimiento del cambio. Incluye 4 sesiones. Es la fase de mantenimiento (es decir, la fase de prevención de recaídas), en la que se retiran gradualmente las ayudas usadas en la Fase de Iniciación. Las estrategias se diseñan para desarrollar autoeficacia en el paciente, las tareas proporcionadas involucran la exposición gradual a disparadores para el consumo.

A continuación se presenta el Reporte de Caso en donde fue aplicado el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas y como se desarrollo.

Reporte de caso único

MOTIVO DE CONSULTA

Admisión

Paciente de sexo masculino a quien llamaremos C.G. en el reporte de caso, tenía 26 años de edad, cuando solicitó el tratamiento (marzo 2011) se encontraba soltero, vivía con su mamá y sus dos hermanos. Era estudiante del 8vo semestre de la carrera de Letras Clásicas.

C.G. reportó como droga principal al alcohol, inició su consumo a los 17 años de edad, consideraba que había tenido un consumo excesivo desde hacía tres años, tomando como parámetro los problemas que tuvo en este periodo. El patrón típico de consumo de C.G. era de 8 a 10 copas estándar por ocasión de consumo, durante 4 horas, una vez por semana.

C.G. acudió a solicitar tratamiento, principalmente, porque tuvo un problema en el cual se vio involucrado; fue acusado de haber asaltado a una persona y debido a ello permaneció por dos días en el Ministerio Público, en esta ocasión se encontraba bajo los efectos del alcohol. Es por ello, que consideró que el consumo de alcohol fue un factor que influyó para verse implicado en el problema legal, a pesar de no haber cometido el asalto, según él lo reporta.

C.G. mencionó haber tenido problemas con su familia y trabajo debido a su consumo y principalmente por el acontecimiento que vivió en el ministerio público. Por otra parte, refirió sentirse mal consigo mismo, frustrado y enojado, debido a su atraso de dos semestres en su carrera.

En el área laboral, C.G. estuvo trabajando, por algún tiempo, en una papelería que tenía, la cual terminó vendiendo debido a que no podía atenderla lo suficiente, ya que debido al consumo de alcohol no acudía a trabajar de uno a dos días por semana.

C.G. mencionó que su consumo se presentaba, principalmente, en las fiestas, por las que se había ausentado de clases la mayoría de los viernes, trayéndole como consecuencia bajas calificaciones en las materias. Sin embargo, el paciente refirió que en el momento del consumo no pensaba en las consecuencias escolares sino, sólo, en la diversión de la fiesta y principalmente, en el alcohol.

C.G. mencionó que había ocasiones que en las fiestas, en las cuales sus amigos le insistían mucho para que consumiera, aunque él dijera que no, terminaba accediendo. Y en otras ocasiones, sentía que no era necesario que hubiera palabras, simplemente él creía que con asistir a una fiesta, a una reunión, o a un lugar en donde se encuentren consumiendo alcohol, él tenía que consumir, porque pensaba que los demás esperaban que lo hiciera.

El paciente mencionó que su familia principalmente su mamá y, su novia, eran personas que lo podrían apoyar en la reducción de su consumo.

ANTECEDENTES

C.G. inició su consumo de alcohol a los 17 años de edad, consideraba que su consumo había sido excesivo en los últimos 3 años, tomando como referencia, los problemas en los que se había visto involucrado cuando se encuentra bajo los efectos del alcohol, como la pérdida de su trabajo, atraso académico como consecuencia de reprobado materias, conflictos en sus relaciones interpersonales con su mamá, hermanos y su novia principalmente, por mencionar algunos. El paciente manifestó que su consumo no era normal, desde hacía tiempo. Sin embargo, tuvo que ocurrir el problema legal para que decidiera “tomar cartas en el asunto” como él refirió, ya que había intentado dejar de consumir aproximadamente unas 10 veces (sin recurrir a algún tratamiento, solo proponiéndoselo como meta) sin embargo, no lo había conseguido por más de 3 meses continuos. C.G. mencionó que era debido al aburrimiento que le causan las

fiestas sino consumía alcohol, pues tras el consumo se desinhibía y esto le permitía bailar o establecer conversaciones fluidas.

C.G. mencionó que, aproximadamente, dos veces al mes consume al día siguiente de su consumo típico para aminorar la resaca.

Además del consumo de alcohol, C.G. refirió haber usado en algunas ocasiones marihuana, aproximadamente dos veces al año, mencionó que lo hacía un tanto por entrar dentro del círculo de amigos en el cual se desenvolvía.

C.G. reportó no tener antecedentes positivos familiares, sólo hizo énfasis en el consumo de tabaco por parte de su mamá y su hermana, las cuales consumen, aproximadamente, una cajetilla de cigarrillos al día, respectivamente.

De manera general, las razones principales por las que C.G. quería modificar su consumo, estaban enfocadas en recuperar la confianza de su familia y en querer terminar los proyectos que, de alguna manera, estaban iniciados, como el concluir sus estudios universitarios y mejorar la relación con su novia, ya que la confianza y la comunicación se habían visto afectadas. Refirió que estos motivos son principales para él y, que el consumo de alcohol descontrolado, era un impedimento que lo frenaba y, al mismo tiempo, le había traído consecuencias negativas.

EVALUACIÓN INICIAL

La sesión de evaluación tuvo, como principal objetivo, obtener información detallada acerca de la historia de consumo de alcohol, así como el funcionamiento psicosocial del paciente, el patrón de consumo, su disposición al cambio, el nivel de dependencia y, la identificación de situaciones de riesgo, las cuales podrían disparar el consumo. Para ello se trabajó con una batería de instrumentos que proporcionaron la información específica requerida.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A)

La Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A), traducida y adaptada por Quiroga, (2003) de la versión Alcohol Timeline Followback (TLFB; Sobell & Sobell, 2000, 2003), tiene por objetivo la medición de la conducta de consumo de alcohol; utiliza eventos significativos dentro de un formato de calendario a fin de registrar de manera continua la cantidad, frecuencia e intensidad del consumo de alcohol durante un periodo establecido, asimismo, se pueden identificar las recaídas y servir de base para sondear las causas de éstas. Esta técnica es apropiada para todo tipo de consumidores. Presenta una confiabilidad test- retest de 0.91 y la correlación del consumo entre el reporte del individuo y el del colateral es de 0.81 (Quiroga, 2003).

Escala de Dependencia al Alcohol EDA- 25 (ANEXO 1)

La Escala de Dependencia al Alcohol (EDA; Quiroga & Vital, 2003) traducida y adaptada de la *Alcohol Dependence Scale* (ADS; Skinner, Horn, Wanberg & FASTER, 1984), es una escala compuesta de 25 ítems, donde son considerados los últimos 12 meses y que cubre síntomas de abstinencia, tales como deterioro en el control del consumo de alcohol, conciencia de compulsión en el consumo de alcohol, tolerancia al alcohol y saliencia de la conducta de búsqueda de consumo de alcohol. Se aplica a población de bebedores problema jóvenes y adultos que se encuentran en tratamiento. Este instrumento mide: sin evidencia de dependencia, dependencia leve, dependencia moderada, dependencia media y 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 la EDA se asocia positivamente con medidas similares del MAST ($r = 0.69$) y se relaciona con otras medidas de dependencia como el DSM-III ($r = 0.58$). Requiere menos de 10 minutos para ser contestada.

Algoritmo de Compromiso para el Cambio Alcohol (ACC-A) (ANEXO 2)

El Algoritmo de Compromiso para el Cambio de Alcohol (ACC-A) está basado en Client's Stage of Change (CCA). Fue adaptado en 1996 para la Prevención Estructurada de Recaídas por Annis y sus colaboradores y cuenta con un test-retest confiable realizado por Schober y Annis en 1995. Fue traducido y adaptado para estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003b). Este instrumento evalúa la motivación del paciente a través de la percepción de las creencias, actitudes y comportamientos para el cambio en el uso de la sustancia.

En este instrumento se clasifica 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).

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol (ISCD-A-50) (ANEXO 3)

El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol, fue desarrollado por Annis en 1985. Fue traducido y adaptado para su aplicación con estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003c), es un cuestionario que consta de 50 reactivos escala tipo likert, proporciona un perfil de las situaciones en las que el paciente usó drogas durante el último año. Siguiendo un sistema de clasificación basado en el trabajo de Alan Marlatt y colaboradores (Marlatt & Gordón, 1980; 1985), fue diseñado para evaluar ocho subescalas de situaciones del uso de drogas: "emociones desagradables" (ED); "malestar físico" (MF); "emociones agradables" (EA); "probando el control personal" (PC); "impulsos y tentaciones para consumir" (IM y T); "conflictos con otros" (CO); "presión social

para consumir" (PS); y "momentos agradables con otros" (MAO). Cada uno de los ítems se contesta con base a una escala de 4 puntos en donde: 1=Nunca, 2=Ocasionalmente, 3=Frecuentemente y 4=Casi Siempre. Los puntajes de las ocho escalas conforman una distribución normal y mostraron confiabilidad y validez de contenido aceptable representando situaciones de recaída en los pacientes. Su objetivo es evaluar las situaciones de riesgo al consumo en el paciente.

Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Droga-Alcohol (CCSD-A-50) (ANEXO 4)

El Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas (Drug Taking Confidence Questionnaire, DTCQ), fue desarrollado por Annis, Herie & Watkin-Merek en 1996. Fue traducido y adaptado al español para su aplicación con estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003d) y evalúa el nivel del concepto de autoeficacia de Bandura (1986), en relación con la percepción del paciente sobre su capacidad para emitir una conducta determinada en una situación de riesgo para el abuso de drogas. Es un cuestionario de auto-reporte que consta de 50 reactivos y se contesta con base en una escala de seis puntos cuyo rango va de 0= sin confianza; 20= 20% confiado; 40= 40% confiado; 60= 60% confiado; 80= 80% confiado; 100= 100% muy confiado. Contiene 8 situaciones para resistirse al consumo de alcohol tales como; "emociones desagradables" (ED); "malestar físico" (MF); "emociones agradables" (EA); "probando mi control sobre el consumo de alcohol y drogas" (PC); "impulsos y tentaciones para consumir" (IM y T); "conflicto con otros" (CO); "presión social" (PS); y "momentos agradables con otros" (MAO).

Sesión 1. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN INICIAL

Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

C.G. en los 12 meses previos a que acudiera a tratamiento, tuvo un promedio de consumo de alcohol de 9 copas estándar por semana. Consumió 272 copas al año, teniendo como promedio 22.6 copas por mes y 6.4 copas por ocasión de consumo.

En este año evaluado, consumió 42 días (11.51%), lo cual se distribuyó de la siguiente manera: 3.01% de consumo moderado (de 1 a 4 copas estándar), 7.67% de consumo excesivo (de 5 a 9 copas estándar) y 0.82% de consumo muy excesivo (10 o más copas estándar).

El consumo de alcohol decrementó de septiembre a octubre tras la problemática que enfrentó en el ministerio público. Contrastando con el patrón de consumo que presentaba antes del acontecimiento (marzo-10/agosto-10), el cual fue de 36 copas estándar al mes (ver figura 4).

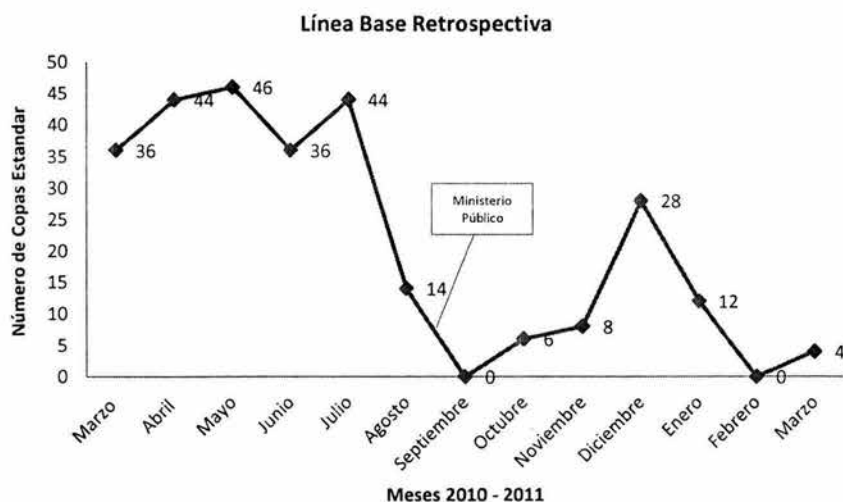


Figura 4. Número de copas estándar consumidas mensualmente por C.G. a lo largo de los 12 meses previos al tratamiento.

Escala de Dependencia de Alcohol (EDA-25)

El puntaje obtenido por C.G. en la Escala de Dependencia al Alcohol fue de 15, lo cual corresponde al siguiente nivel:

PUNTAJE DE EDA-25	
PUNTAJE	NIVEL DE DEPENDENCIA
0	No hay Evidencia de Dependencia
1-13	Nivel de Dependencia Leve o Baja
14-21	<i>Nivel de Dependencia Moderada</i>
22-30	Nivel de Dependencia Media
31-51	Nivel de Dependencia Severa

Tabla 3. Nivel de dependencia al alcohol de C.G.

Con base al Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), C.G. presentó 5 de los 7 síntomas para la Dependencia que se detallan a continuación:

- ✓ Criterio 1. Tolerancia. Necesita mayor número de copas estándar para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- ✓ Criterio 3. Su consumo lo realiza en un periodo más largo de lo que inicialmente pretendía.
- ✓ Criterio 4. Ha tenido varios intentos por dejar de consumir alcohol o disminuir la cantidad, los cuales han fracasado.
- ✓ Criterio 6. Sus actividades escolares, familiares y laborales (en el tiempo que trabajó) fueron reducidas debido al consumo de alcohol.
- ✓ Criterio 7. Continúa consumiendo alcohol a pesar de tener consciencia de los problemas que ha tenido a causa de su consumo.

Por lo que de acuerdo al DSM-IV, tiene dependencia al alcohol al cumplir con 5 de los 7 criterios.

Algoritmo de Compromiso para el Cambio Alcohol (ACC-A)

C.G. consumió una vez en los últimos 30 días de manera moderada y por lo menos llevo a cabo un intento para dejar su consumo durante este mismo periodo (evitando la situación), el paciente se encontraba en el estadio de cambio de **PREPARACIÓN**.

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol (ISC-D-A-50)

En la figura 2 se presentan las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol de C.G.. El inventario se dividió en tres situaciones: situaciones negativas, situaciones positivas y situaciones tentaciones. Los puntajes altos se ubicaron en las "situaciones tentaciones" las cuales estaban conformadas por: presión social para el uso (73%), impulsos y tentaciones (53%) y probando el control personal (47%); en el apartado "situaciones positivas" se obtuvo: momentos agradables con otros (53%) y finalmente, en el apartado "situaciones negativas": emociones desagradables puntuó con 43%(ver figura 5).

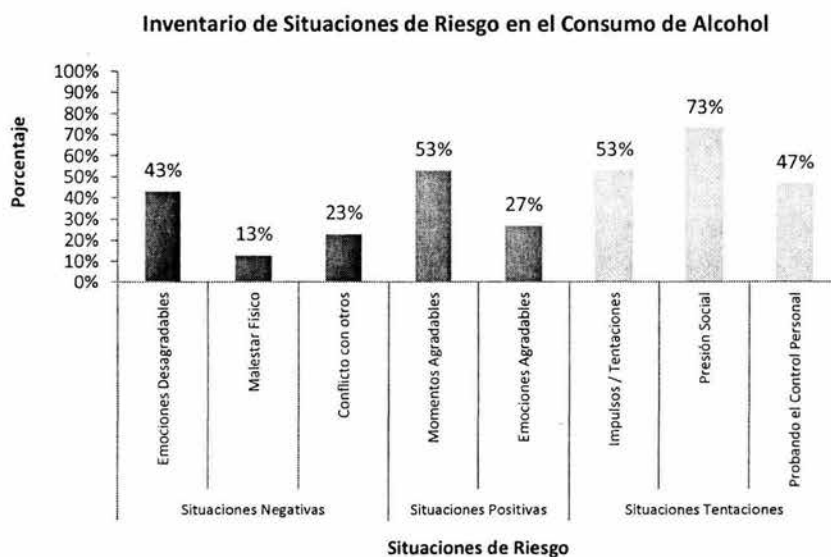


Figura 5. Porcentaje de las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol para C.G. de acuerdo al inventario ISC-A50

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

La figura 6 muestra el porcentaje de confianza en las situaciones de riesgo para resistirse al consumo de alcohol que reportó C.G. en el cuestionario de confianza al inicio del tratamiento, obteniéndose lo siguiente: 1) emociones desagradables (64%); malestar físico (100%); conflicto con otros (74%); momentos agradables con otros (44%); emociones agradables (84%); impulsos/tentaciones (92%); presión social para el uso (40%); y finalmente, probando el control personal (80%).

Cabe mencionar que en la segunda sesión C.G. manifestó tener deseos frecuentes por consumir, por lo que se procedió a informarle acerca de los deseos intensos por consumir, principalmente se le mencionó que es "normal" que experimente impulsos de consumo en diferente intensidad, sin embargo que estos deseos no duran para siempre, ya que con el paso del tiempo disminuyen en duración e intensidad.

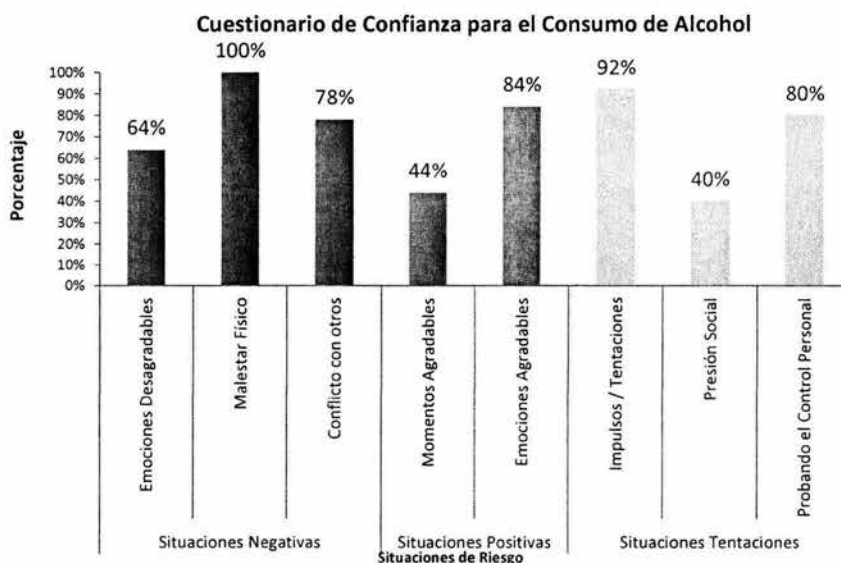


Figura 6. Muestra el porcentaje de confianza reportado por C.G. según el CCCD-A-50

Fortalezas y déficit

Se pudo determinar en las fortalezas que C.G. tenía una alta motivación en cuanto al cambio en el consumo ya que había tenido una experiencia grave con consecuencias negativas y eso era una razón para querer realizar un cambio. En ese momento, la estrategia que el empleaba, ocasionalmente, era evitar las situaciones de riesgo, como no asistir a fiestas.

En esta misma línea, C.G. seguía estudiando la Licenciatura, y se encontraba por concluirla, pese a las situaciones que se enfrentó, como el problema legal, la pérdida de empleo y el deterioro en sus relaciones interpersonales, no hubo deserción escolar.

C.G. contaba con vínculos que lo apoyaban, como lo era su mamá y su novia de manera directa.

Los déficit que se observaron era que C.G. no anticipaba consecuencias negativas de alguna decisión que tuviera que tomar y esto le producía enojo y frustración con él mismo cuando los resultados de su conducta se presentaban.

Por otra parte tenía pocas habilidades sociales, la presión social que hacían sus amigos ejercía fuerte influencia sobre él, no solo en el consumo sino en la realización de demás actividades cotidianas. C.G. tenía dificultades en las formas de comunicación lo que le ocasionaba problemas con su novia, familia y escuela principalmente.

DESARROLLO POR SESIONES

Sesión 2. ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Se dió inicio a la sesión con el establecimiento del rapport y a continuación se procedió a efectuar el encuadre terapéutico, explicándole a C.G. los puntos que serían abordados en esta sesión, los cuales fueron: dar la retroalimentación personalizada sobre la evaluación que se había realizado en la sesión anterior. Se expusieron los pros y contras para cambiar o continuar con el consumo de alcohol, a través del balance decisional, y se identificaron los disparadores que llevaban al consumo. Se le comentó a C.G. que muchas veces se puede llegar a sentir confusión, respecto a dejar de consumir, pues ello no es una decisión fácil y esto le podría traer como resultado una decisión insegura. Sin embargo, para que tomara una decisión que concordara con su pensar, se debían de considerar los pros y contras de lo que se quiere decidir y con base a ello, elegir lo que mejor convenga, este sería uno de nuestros principales objetivos en esta sesión.

Se procedió a entregar a C.G. la retroalimentación personalizada, en donde se le mostraron los resultados obtenidos en la LIBARE, a través de una gráfica que se le proporcionó, la cual dió pauta para reconocer los intentos que C.G. había hecho con anterioridad para dejar el consumo y, por otra parte, para ver las recaídas que había tenido en ese período, y como se presentó el consumo en número de "copas estándar". De igual manera, se procedió a mostrar el resultado del inventario de situaciones de riesgo, en donde se enfatizaron aquellas situaciones en donde C.G. presentaba un mayor riesgo de consumo. Se le preguntó si correspondía con su experiencia, lo que fue confirmado por él. Se le comentó la importancia de ubicarlas para la planeación de su tratamiento.

C.G. se mostró preocupado por los deseos intensos de consumir que tenía cuando veía alguna cerveza, o cuando se encontraba en una situación que le recordaba el consumo de alcohol. El paciente mencionó una ocasión en que se le presentó en esa semana; al salir del cine refirió haber tenido grandes deseos de

consumir, lo que hizo fue escapar de la situación. Sin embargo, manifestó saber que esto no le funcionará siempre. Se le comentó el manejo de los deseos intensos, y se le dió una explicación al respecto, a través de la psicoeducación. Mencionó sentirse tranquilo porque pensó que ello no era normal y dijo que “qué tal si inconscientemente no quiero cambiar”. Una vez hablado lo anterior se prosiguió a aplicar el balance decisional.

El balance decisional tuvo como fin, ayudar al paciente a tomar o reafirmar la decisión de cambiar. Se le mencionó que esto lo podría aplicar en cualquier situación donde tuviera que realizar una elección. La información obtenida en el balance decisional se muestra a continuación:

CAMBIAR TU INGESTA DE ALCOHOL	
Qué hay de bueno en cambiar mi consumo	Que no hay de bueno en cambiar mi consumo
<ul style="list-style-type: none"> • Mejoraría la relación con mi familia • Mejoraría la relación con mi novia • Mejoraría mi rendimiento académico • Mejoraría mi rendimiento físico • Mi imagen ante la sociedad sería más aceptable • Tendría un empleo seguro 	<ul style="list-style-type: none"> • Aburrimiento en fiestas • Sería menos sociable • Sentiría menos pasión por ambientes artísticos y sociales.
CONTINUAR CON MI INGESTA DE ALCOHOL	
Qué hay de bueno en continuar con mi consumo	Que no hay de bueno en continuar con mi consumo
<ul style="list-style-type: none"> • Mantendría mis relaciones sociales • Seguiría siendo divertido en fiestas y reuniones • Mantendría el nivel de percepción artística 	<ul style="list-style-type: none"> • Mi salud seguiría en deterioro • Las relaciones con mi familia se deteriorarían • Mala relación con mi novia • Estaría tal vez en la cárcel o hasta muerto • Disminución de rendimiento físico y académico.

Con este ejercicio C.G. concluyó que reafirmaba su idea de cambiar su manera de consumo, pues como mencionó, muchas veces pensó de manera superficial que el consumir “era malo”, sin embargo, con este ejercicio pudo ver claramente las consecuencias positivas y negativas que traería consigo un cambio, para así tomar una decisión, “ya que muchas veces se deja de lado el dedicar un tiempo a pensar, verdaderamente, en las consecuencias de una decisión” como él afirmó.

Finalmente, se hizo un resumen de lo que se había visto durante la sesión y se le preguntó si existía alguna duda o tenía algún comentario que quisiera hacer, a lo cual C.G. se mostró satisfecho con lo obtenido.

Sesión 3. PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

Se inició la sesión con el report y se hizo el encuadre terapéutico en donde se le mencionó a C.G. lo que sería abordado durante esa sesión. Se dió una explicación referente al PEREU. De la misma manera, se firmó el “contrato de tratamiento individual”(ANEXO 5), se completó el formato de “identificación de situaciones de uso problemático de sustancias”, se revisaron las opciones de la “lista checable de destrezas de enfrentamiento” y finalmente, se le asignó como tarea la actividad del auto-monitoreo, haciéndose énfasis en la utilidad que tendría en el tratamiento.

Se informó a C.G. acerca de las actividades por revisar a lo largo de la sesión. Para dar inicio se le preguntó acerca de su consumo en las dos últimas semanas de no vernos (por vacaciones de Semana Santa). Mencionó que toda la semana “fluyo bien”, no hubo consumo en la última semana. Sin embargo, el viernes de la primera semana tuvo fiesta con sus amigos, de primera instancia él pretendía ir un rato y regresarse temprano a su casa, pues tenía compromiso el sábado temprano. Así que fue a la reunión y no se dió cuenta de la hora. Comenzó a tomar y mencionó que fueron 9 copas, aproximadamente, y se quedó

dormido, lo cual le ocasionó problemas con su mamá, con su novia y con él mismo, ya que perdió su mochila con libros importantes.

Se analizó dicha situación y se le sugirió que podría evitar situaciones donde podía anticipar que habría consumo, tal como reuniones o fiestas; esto sería sólo por el momento, hasta que contará con los recursos para poder enfrentarlos.

Esto dió pauta para darle a C.G. la explicación del tratamiento, se le indicó que tenía un enfoque cognitivo-conductual- motivacional, el cual consideraba los procesos básicos y la conducta como variables de suma importancia, tanto en el aprendizaje, así como en la modificación de la conducta. Dentro de este enfoque se considera el consumo de alcohol como una conducta que se aprende, por lo tanto, se puede modificar.

Posteriormente, se le hizo énfasis en la participación proactiva terapeuta-paciente, C.G. mencionó estar de acuerdo y firmó el "contrato de tratamiento individual".

En seguida, se procedió a discutir el plan de tratamiento, involucrando activamente al paciente. En base a los resultados obtenidos en la evaluación inicial, la propuesta estuvo integrada por las siguientes destrezas:

- ❖ Enfrentamiento de los Deseos Intensos
- ❖ Rechazo de Alcohol y Drogas
- ❖ Asertividad
- ❖ Enfrentamiento del Aburrimiento
- ❖ Solución de Problemas

Se procedió a realizar la aplicación del formato de "identificación de situaciones de uso problemático de sustancias", con la finalidad de hacer un

análisis más detallado de las situaciones, de acuerdo a los resultados obtenidos en el instrumento de situaciones de consumo.

C.G. jerarquizó por orden de importancia las situaciones que, según su percepción, habían disparado su consumo, quedando de la siguiente manera: 1) presión social para el uso; 2) impulsos y tentaciones; 3) momentos agradables con otros; 4) probando el control personal; 5) y emociones desagradables.

PRESIÓN SOCIAL PARA EL USO. La situación de riesgo se presenta cuando estoy con amigos que están consumiendo y me invitan a consumir, aunque no sea de manera verbal, incluso me siento presionado sólo con el hecho de estar con personas que se encuentren consumiendo.	
<i>Antes de Usar:</i>	
<i>¿Dónde estaba?</i>	En la universidad
<i>¿Estaba alguien más presente?</i>	Si mis amigos con los que acostumbro reunirme.
<i>¿Estaban otros bebiendo o usando drogas?</i>	Si la mayoría de ellos estaba tomando cerveza.
<i>¿Cómo se estaba sintiendo?</i>	Por un lado, tentado para experimentar placer por el consumo y por otro lado, presionado para ello.
<i>¿Qué estaba pensando?</i>	En tratar de controlarme respecto de mi consumo (mantener mi firmeza de voluntad).
<i>Describe lo que paso para que su uso se disparara</i>	Las compañías seguían invitándome, luego yo pedía, finalmente al percatarme de que no encontraría transporte para regresarme a mi casa, me deje llevar por la situación de la noche (fiesta, en bar y after)
<i>¿Cómo piensa que podría mejorar este evento sin necesidad de consumir?</i>	No estando ahí, o en contacto con mi pareja durante la fiesta para ocuparme en otras cosas, más que en beber.

IMPULSOS Y TENTACIONES. Se presentan cuando traigo a mi mente las sensaciones que produce el consumo de alcohol	
<i>Antes de Usar:</i>	
<i>¿Dónde estaba?</i>	En una fiesta
<i>¿Estaba alguien más presente?</i>	Amigos
<i>¿Estaban otros bebiendo o usando drogas?</i>	Si todos
<i>¿Cómo se estaba sintiendo?</i>	Experimentaba una situación de ansiedad
<i>¿Qué estaba pensando?</i>	Que mi debilidad era más fuerte
<i>Describe lo que paso para que su usó se disparará</i>	La necesidad de experimentar el placer de tener la cerveza en mi boca, tragarla y esperar que haga efecto el alcohol.
<i>¿Cómo piensa que podría mejorar este evento sin necesidad de consumir?</i>	Estar a distancia de la gente y situaciones de consumo.
MOMENTOS AGRADABLES. Las situaciones se presentan cuando tengo deseo de estar bajo los efectos del alcohol para estar bien con otros.	
<i>Antes de Usar:</i>	
<i>¿Dónde estaba?</i>	En la escuela, luego fuimos a un bar, y finalmente, a una fiesta.
<i>¿Estaba alguien más presente?</i>	Amigos
<i>¿Estaban otros bebiendo o usando drogas?</i>	Si, la mayoría estaba bebiendo
<i>¿Cómo se estaba sintiendo?</i>	Contento de estar rodeado de gente con quien platicar.
<i>¿Qué estaba pensando?</i>	En lo mal que me iría y sentiría al día siguiente sabiendo que recaí.
<i>Describe lo que paso para que su usó se disparará</i>	Invitaron la primera ronda
<i>¿Cómo piensa que podría mejorar este evento sin necesidad de consumir?</i>	Estando lejos de donde estoy bebiendo bebidas alcohólicas.

Para dar cierre a la sesión se asignó a C.G. como tarea la forma de auto-monitoreo (ANEXO 6), se le explicó la importancia de éste en la identificación de las situaciones de riesgo, pensamientos, experiencias, lugares, personas relacionados al consumo.

Sesión 4. INICIO DEL TRATAMIENTO

Se dió inicio a la sesión, realizando el raport y el encuadre terapéutico. Se le comentó lo que se revisaría a lo largo de la sesión, iniciando con el auto-monitoreo. En caso de haber algún consumo, se analizaría por medio del análisis funcional y se aplicaría el cuestionario de confianza situacional y, finalmente, se elaboraría un plan semanal.

Se revisó el auto-monitoreo, el cual C.G. mencionó que en la semana anterior, consumió 4 copas el sábado acompañado de su mamá, dos con ella y dos él solo, debido a que "tuvo antojo" toda la semana por el estado caluroso del tiempo. C.G. le comentó a su mamá que se le antojo y, pues, ambos tomaron ahí, mientras jugaban damas chinas. Mencionó que su mamá consumió una copa en el mismo periodo que el consumió 2. Pasado esto, encendió la computadora para jugar, al mismo tiempo que se terminaba la "caguama", que era lo que había comprado. Al otro día, domingo, mencionó haber consumido una copa en casa de su novia, pues el papá de ella le había invitado, mientras platicaban. Mencionó que, a pesar de querer consumir más, la invitación de una segunda copa la rechazo, y prefirió ir a ver películas con su novia.

Fecha	Describe la situación más riesgosa. ¿Dónde estaba? ¿A qué hora? ¿Con quién? ¿Qué estuvo haciendo, sintiendo, pensando? ¿Qué paso?	Describe que hizo para enfrentar la situación (Vg. Salir a caminar, recordar consecuencias negativas de consumo).	Estuvo abstinento y si no fue así registre e uso de alcohol
Martes	Pensando que el día siguiente había que ir a la cineteca (posible coctel).	Entre las principales opciones pensaba esperar que nadie fuera, distraerme	Abstinento
Miércoles	Deseo de asistir a la premier con mi novia.	Aguantarme las ganas, aunque al final fui y me encontré a mi mamá, no hubo fiesta.	Abstinento
Jueves	Deseo de tomar un vaso de cerveza en casa por el calor.	Me quede leyendo y luego me puse a jugar en la computadora.	Abstinento

Viernes	Un pensamiento breve y recuerdo que con la primavera con el calor tomaba.	Nada	Abstinente
Sábado	El deseo me venció, compre una caguama y tome con mamá, mientras jugábamos.	Me fue difícil resistirme a la tentación, se me antojo mucho.	4 copas
Domingo	En casa de mi novia tome una copa con mi suegro.	No pude decirle que no a mi suegro y consumí una copa .	1 copa
Lunes	Tuve deseo de comprar una cerveza y estar en casa.	Estuve dedicado a deberes domésticos y ver películas con mamá	Abstinente

Se analizaron dos episodios de consumo a través del análisis funcional, lo que se obtuvo fue lo siguiente:

A ANTECEDENTES	B CONDUCTA	C CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Ganas de consumo "Tenía antojo toda la semana y el calor contribuía más." • Momento "estaba tranquilo y en mi casa, por eso le invite a mi mamá" 	Tomé 4 copas (cerveza) con mi mamá.	<ul style="list-style-type: none"> • Dormí temprano el sábado, ya no pude ver una película que quería.
<ul style="list-style-type: none"> • Reunión con amigos • Fútbol "siempre vamos a ver jugar fútbol y, de ley, es armar la vaquita para comprar las cervezas" • Amigos "todos consumen" 	Consumí 8 copas, aproximadamente	<ul style="list-style-type: none"> • Falte a una junta que tenía al otro día (no llegue) • Mi mamá y novia se enojaron conmigo. • Cruda • Perdí mi mochila

C.G. comentó que, a pesar de las intenciones de no consumo, hubo ocasiones en que terminó haciéndolo "No quiero, pero termino haciéndolo, tal fue el caso de la fiesta" C.G. mencionó que él consideraba que sus amigos lo presionaban de alguna manera, primeramente haciendo invitación e insistiendo

directamente, pero por otra parte, él pensaba que al asistir a una fiesta, todos los demás esperaban que se les uniera.

Se le mencionó a C.G. la importancia del análisis funcional para anticipar conductas, así como para aprender de las consecuencias, cuando la conducta se ha presentado con anterioridad. Se procedió a aplicar el cuestionario de confianza situacional.

En seguida se elaboró el plan semanal en donde C.G. se puso como meta lo siguiente:

PLAN SEMANAL	
Meta: moderación	
Confianza en el logro de esta meta: 0% 20% 40% 60% <u>80%</u> 100%	
¿Qué necesitarías para estar 100% seguro?	
Enfrentarme en la situación y verme capaz de poder resistirme, sin que me afecte el que me inviten y, también, que deje de pensar en los efectos del alcohol.	

<i>Disparadores. Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿Dónde estará? ¿en qué momento del día? ¿Quién estará presente? ¿Qué hará, pensará y sentirá?</i>	<i>Para cada uno de los disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo</i>	<i>¿Se cumplió?</i>
En la escuela (las islas); al atardecer; con mis compañeros, después de la cascarita de futbol se organiza la ronda de chelas y	• No asistir	✓
	• Quedarme sólo a la cascarita	
	• Aguantarme no tomar	
	• Huir a la tienda	

preparamos alguna fiesta. Viernes.	• Comprarme un refresco	
	• Platicar con un amigo	
El sábado, posible fiesta de la que me entero el viernes anterior con mis compañeros de la escuela.	• No asistir	✓
	• Ver películas	✓
	• Cine	
	• Salir con mi novia	✓
	• En caso de ir, llegar tarde	
	• Bailar	

Para finalizar, se comentó acerca del llenado del auto-monitoreo y en caso de que surgiera alguna duda, o dificultad, lo platicaríamos la siguiente sesión.

Sesión 5. ENFRENTAMIENTO DE LOS DESEOS INTENSOS E INCREMENTO DEL APOYO SOCIAL.

Se comenzó la sesión con el report y se realizó el encuadre terapéutico, se le comentó a C.G. lo que se trabajaría a lo largo de la sesión, iniciando con el auto-monitoreo, en caso de haber algún consumo se analizaría, por medio del análisis funcional, se devolvería el perfil computarizado del cuestionario de confianza, procediendo a realizar un nuevo plan para esa semana y finalmente, se le enseñarían dos destrezas de enfrentamiento: enfrentamiento de los deseos intensos e incremento del apoyo social.

Se inició con la revisión del auto-monitoreo, en el cual se mencionó que hubo abstinencia, el jueves de esa semana, en el cual se presentó una invitación de consumo, pero no accedió debido a que estaba en clases, el viernes y el sábado tenía dos oportunidades de fiesta, pero prefirió no ir.

Fecha	Describa la situación más riesgosa. ¿Dónde estaba? ¿A qué hora? ¿Con quién? ¿Qué estuvo haciendo, sintiendo, pensando? ¿Qué paso?	Decriba que hizo para enfrentar la situación (Vg. Salir a caminar, recordar consecuencias negativas de consumo)..	Estuvo abstinento y si no fue así registre e uso de alcohol.
Martes	Me mantuve ocupado en la escuela.	No se presentaron situaciones de riesgo.	Abstinento
Miércoles	Estaba en clases	Acudir a mis clases	Abstinento
Jueves	Amigos de escuela me invitaron a chelear al medio día. Deseo leve. Nada.	Seguí en mis clases. Prioridad a mis deberes más que a mis deseos.	Abstinento
Viernes	Unos cuates me invitaron a una fiesta de fin de clases. Deseo fuerte de asistir.	Me fui con mi novia a mi casa a descansar.	Abstinento
Sábado	Enterado por internet de otra fiesta. Quería asistir, me siento triste.	No fui porque no tenía suficiente dinero y estaba lloviendo, tenía intención de no tomar.	Abstinento
Domingo	Durante la tarde en casa se me antojo un vaso de cerveza	Decidí quedarme en casa jugando en la computadora.	Abstinento
Lunes	Escuela	Acudir a clases y hacer tarea	Abstinento

Se le dió a C.G. su perfil computarizado y se procedió a revisarlo, se le mostró a C.G. los porcentajes de confianza que habían resultado de la aplicación del cuestionario de confianza, obteniendo lo siguiente: 1) emociones desagradables (64%); malestar físico (100%); conflicto con otros (74%); momentos agradables con otros (44%); emociones agradables (84%); impulsos/tentaciones (92%); presión social para el uso (40%); y finalmente, probando el control personal (80%).

Se procedió a enseñar la primera destreza de enfrentamiento, la cual era: enfrentamiento de los deseos intensos. Cabe mencionar que esta destreza se comentó en la segunda sesión, debido a la necesidad que expresó el paciente. Lo

que se hizo fue retomarse y ahondar en ella en situaciones específicas de consumo, obteniendo lo siguiente:

ENFRENTAMIENTO DE LOS DESEOS INTENSOS	
Ejercicio	
◆ <i>Describa una situación reciente de alto riesgo que experimentó y qué lo llevo a un deseo intenso.</i>	Una fiesta con amigos, desde tarde (3pm) empezaron a tomar mientras juegan, en las islas, hacía mucho calor.
◆ <i>Usando su ejemplo anterior, planea formas para manejar los impulsos y tentaciones para usar.</i>	<ul style="list-style-type: none">- Mandarme mensajes de que es "normal" el deseo que siento en este proceso, sin embargo va a pasar.- decir que me puedo esperar 10 min para tomar, haber si se pasa- echarme porras para no hacerlo- si se me sigue antojando ir por un refresco
◆ <i>¿En quién va a buscar apoyo?</i>	En mi amigo Diego. Si va, él no toma casi, sino yo solo
◆ <i>¿Qué hará para distraerse?</i>	Ir por un refresco o a caminar
◆ <i>¿Qué mensajes (autodeclaraciones positivas) se proporcionará?</i>	"esto es normal" "toda la semana he podido estar así y no lo echaré a perder" "además hay gente que confía en mí"
◆ <i>¿Qué más puede hacer en esta situación?</i>	Platicar y, sino, irme de ahí

Por otra parte, se abordó la destreza de incremento del apoyo social. Se hizo referencia a la importancia de contar con una red de personas a las cuales él

pueda dar y recibir apoyo, en diferentes áreas de la vida. Los resultados que se obtuvieron se presentan a continuación:

INCREMENTO DEL APOYO SOCIAL		
EJERCICIO		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Quién es mi apoyo actualmente? (específico) Novia Mamá 		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué necesidades son satisfechas en las relaciones con estos individuos? Mamá: apoyo, animo, moral, sentimental, escucha, motiva, experiencia. Novia: apoyo, sentimental, actividades, emociones, sexual, compañerismo. 		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Qué necesidades no han sido satisfechas? Mamá: no le puedo contar todas mis cosas Novia: en ocasiones nos molestamos, grita mucho. 		
<ul style="list-style-type: none"> ¿Cómo yo puedo incrementar mi red de apoyo? 		
¿Qué problemas tengo que necesiten apoyo?	¿A quién me le puedo acercar para ayuda?	¿Cómo haría o llevaría a cabo el plan? (sea específico)
Falta de confianza, atención, hablar con un hombre	Diego amigo	Retomar vinculo, llamarle, invitarlo a comer o a mi casa para poder platicar.
Carácter con mi novia, atención, comunicación, emociones	Novia	Hablarlo con ella directamente, buscar alternativas o estrategias que nos beneficien a los dos
Espiritual	Mamá	Pedirle que me acerque más a la religión debido a que ella va a la Iglesia.

Se elaboró el plan semanal en donde C.G. se puso como meta lo siguiente:

PLAN SEMANAL	
Meta: moderación	
Confianza en el logro de esta meta: 0% 20% 40% 60% <u>80%</u> 100%	
¿Qué necesitarías para estar 100% seguro?	
Saber que no tengo ninguna situación de riesgo, pero eso no es posible, tal vez poder resistirme o poder decir que no.	

Disparadores. Describa dos eventos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿Dónde estará? ¿en qué momento del día? ¿Quién estará presente? ¿Qué hará, pensará y sentirá?	Para cada uno de los disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo	¿Se cumplió?
Viernes. Fiesta de cumpleaños por la noche "toquín". Asistir con mi novia, invitaría al grupo con los que estudio. Inseguro de ir.	• No asistir	
	• Bailar	✓
	• Aguantarme con una copa una hora	✓
Domingo. Ver a un amigo a medio día. Consumir una o dos cervezas si se da la ocasión.	• Platicar	
	• Aguantarme	

Finalmente, se le pidió trajera una tarjeta de teléfono, la cual se llenaría la siguiente sesión. Y se le comentó acerca del llenado del auto-monitoreo y, en caso de que surgiera alguna duda o dificultad, lo platicaríamos la siguiente sesión.

Sesión 6. RECHAZO DE ALCOHOL

Se dió inicio realizando el report y el encuadre terapéutico. Se informó lo que se abordaría esa sesión: revisar las actividades que se dejaron como tarea con anterioridad, elaboración del plan semanal, así como enseñar la destreza de rechazo de alcohol y finalmente, se llenaría la tarjeta de alerta de enfrentamiento.

Se inició con la revisión del auto-monitoreo, en el cual C.G. mencionó que consumió el viernes, en casa de sus amigos "la verdad, se me antojó y un poco para entrar en ambiente". Lo primero que C.G. hizo ante la situación fue salir a la tienda con un amigo, "intente buscar apoyo en alguien que no estuviera tomando y encontré a Luis", se quedaron afuera un momento, el consumo se dió después de escapar de la situación. Ante esta situación, se le hizo referencia a C.G. sobre esa asociación que hacía entre el alcohol y la diversión. Se le aclaró que él también hacía cosas para divertirse y no era producto del alcohol.

Fecha	Describe la situación más riesgosa. ¿Dónde estaba? ¿A qué hora? ¿Con quién? ¿Qué estuvo haciendo, sintiendo, pensando? ¿Qué paso?	Describe que hizo para enfrentar la situación (Vg. Salir a caminar, recordar consecuencias negativas de consumo).	Estuvo abstigente, y si no fue así, registre el uso de alcohol
Martes	Escuela	No hubo una situación de riesgo	Abstigente
Miércoles	En la tarde se me antojo una cerveza bien fría, estaba con mis amigos en la fac.	Empecé a normalizar mi sentir, a emplear imaginiería. Hasta que me fui calmado	Abstigente
Jueves	Estuve en la escuela en clases	No tuve una situación en la que me sintiera en riesgo	Abstigente
Viernes	Casa de amigos, se me antojo y fue para entrar en ambiente.	Primero me salí a la tienda con un amigo (busque apoyo) y ahí estuvimos un buen rato, pero luego ya entramos y tome.	4 copas en 2 horas
Sábado	Estuve en casa. En la tarde tuve un antojo, estaba con mi mamá.	Trataba de pensar en otras cosas, le hice la plática a mi mamá de unas juntas y se nos fue la tarde.	Abstigente
Domingo	No salí, me quede en casa.	Estuve viendo películas toda la tarde con palomitas.	Abstigente
Lunes	Escuela	No hubo una situación de riesgo	Abstigente

C.G. consumió 4 copas, se procedió a realizar un análisis funcional de su consumo, obteniendo lo siguiente:

A ANTECEDENTES	B CONDUCTA	C CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Ganas de consumo "Tenía antojo" • Momento "mis amigos me ofrecieron" • "quería entrar en ambiente" 	<p>Tomé 4 copas (ron) con mis amigos en una reunión en 2 horas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Llegue a los efectos placenteros del alcohol, pero por un momento me dio miedo en seguir consumiendo y no poder parar. Me sentí mal conmigo mismo y avergonzado.

Se procedió a enseñar la destreza de rechazo de alcohol. Se hizo énfasis en lo difícil que puede resultar decir que no, y que ello requeriría práctica. Se enseñaron técnicas de rechazo: negarse cortésmente, interrumpir interacción, cambiar el tema, sugerir alternativas, justificar o dar excusa, expresar sentir, confrontación, ignorar. Cada una de estas técnicas se explicó su contenido a través de viñetas, se modeló y posteriormente se practicó a través de juego de roles. Finalmente, se elaboró un ejercicio escrito y los resultados obtenidos se muestran a continuación:

Rechazo de alcohol Ejercicio
<p>¿En qué situaciones anticipara el ofrecimiento de una bebida o una droga?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En alguna fiesta, principalmente reunión de los viernes 2. Cuando vaya a casa de mis suegros, porque regularmente no le puedo decir no a mi suegro. 3. Con algún amigo, cuando me pida que lo acompañe a tomar, en una

situación donde haya emociones negativas como enojo o tristeza.

¿Qué hará, pensará o dirá en cada una de estas situaciones?

1. Bailar, platicar. "voy al baño" "ya se calentó, mi chavo, lánzate por otra"
2. Aceptaría que la sirva, pero con ello, me la llevaría en lo que platicamos.
3. No consumo. "haber platicame" "si tomamos ahorita, nos vamos a poner tristes los dos"

Se le comentó a C.G. respecto a la tarjeta de alerta de enfrentamiento, la cual sirvió para aquellos eventos inesperados, que lo pudieron colocar en situaciones no contempladas y de riesgo. La tarjeta quedó de la siguiente manera:

**TARJETA DE ALERTA DE
ENFRENTAMIENTO**
MI PLAN PARA LO INESPERADO ES:

- Normalizar mis deseos intensos
- Autodeclaraciones positivas
- Esperar 10 min
- Llamar a novia, Diego, Isela

ME HA COSTADO TRABAJO LLEGAR HASTA AQUÍ, NO LO ECHARÉ ABAJO, ESTO SE ME PASARÁ. SI SIGO PENSANDO EN ELLO, NO ME ESTOY PERMITIENDO VALORAR MIS OTRAS OPCIONES.

Finalmente, se elaboró el plan semanal en donde C.G. se puso como meta lo siguiente:

PLAN SEMANAL

Meta: **moderación**

Confianza en el logro de esta meta: 0% 20% 40% 60% 80% 100%

¿Qué necesitarías para estar 100% seguro?

Aprender a decir hasta aquí, cuando crea que ya fue suficiente.

<p>Disparadores. Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿Dónde estará? ¿en qué momento del día? ¿Quién estará presente? ¿Qué hará, pensará y sentirá?</p>	<p>Para cada uno de los eventos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.</p>	<p>¿Se cumplió?</p>
<p>Viernes. Con mis amigos de la facultad por la tarde, como es costumbre después de la cascarita.</p>	<p>✓ No asistir</p> <p>✓ Irme temprano</p> <p>✓ Platicar con otros tomando refresco y con esto llevámmela así, porque tengo junta al otro día.</p>	<p>✓</p>
<p>Domingo. Mi novia se está cambiando de casa, le ayudo en la mudanza. A veces al terminar tomamos 1 ó 2 cervezas.</p>	<p>✓ Sólo una o dos cervezas por el momento, y solo si se presenta la oportunidad, combinándolo con otra actividad.</p>	<p>✓</p>

Sesión 7. CAMBIO DE PENSAMIENTO Y ASERTIVIDAD

Se realizó el report y el encuadre terapéutico, se revisaron las tareas que se dejaron la sesión anterior, se elaboró el plan semanal correspondiente, para finalizar con la práctica de dos destrezas de enfrentamiento: cambio de pensamiento y asertividad.

Se inició con la revisión del auto-monitoreo, en el cual se mencionó que hubo consumo sólo el domingo (dos copas), después de ayudar con la mudanza en casa de su novia, las consumieron mientras comían.

Fecha	Describe la situación más riesgosa. ¿Dónde estaba? ¿A qué hora? ¿Con quién? ¿Qué estuvo haciendo, sintiendo, pensando? ¿Qué paso?	Describe que hizo para enfrentar la situación (Vg. Salir a caminar, recordar consecuencias negativas de consumo).	Estuvo abstinentes y si no fue así registre e uso de alcohol
Martes	Estuve muy metido en la escuela y en un proyecto que me tiene muy interesado.	Concentrado en lo que estaba haciendo	Abstinentes
Miércoles	Escuela	No hubo situación de riesgo para mi	Abstinentes
Jueves	Me invitaron una chela	Decirle que no porque estaba tomando medicamento.	Abstinentes
Viernes	Invitaron amigos de las "islas" en la tarde.	Estaba muy cansado, los acompañe como 20 minutos. Me invitaban pero rechazaba. Primero, poniendo como excusa mi cansancio, les decía que me daría sueño, como insistía más un amigo opte por irme.	Abstinentes
Sábado	No salí, llegue muy cansado de la junta.	Dormí mucho, fue una semana muy pesada.	Abstinentes
Domingo	Ayudaba a mi novia con su mudanza	Platicar, ver peli cuando nos la estábamos tomando. Eso hizo que me llevara las dos copas en lo que duro la peli como 2 horas	2 copas mientras comíamos.
Lunes	Escuela	Concentrado en la escuela	Abstinentes

Se abordó la primera destreza de la sesión, la cuál era el cambio de pensamiento. Se le hizo énfasis a C.G. en la importancia del pensamiento en nuestro sentir y, en ocasiones, en nuestro actuar. Se le mencionó que practicar el cambio de pensamiento, le facilitará la práctica de asertividad.

De igual manera, se le mencionó a C.G. que en cada pensamiento negativo, se debía de reconocer la emoción y sugerir alguna alternativa, para hacer el cambio a pensamiento positivo. Después de algunos ejemplos proporcionados, se procedió a realizar un juego de roles, un ejercicio con 5 pensamientos negativos, los resultados obtenidos se presentan a continuación:

Pensamientos Negativos	Pensamientos Positivos
Me siento muy mal, ya no puedo soportarlo sin alcohol... creo que si me tomo una copa me voy a sentir mejor.	Clau, mejor vamos a terminar lo siguiente para evitar sentirme peor de lo que ya estoy.
Ya llevo mucho tiempo sin consumir, estoy seguro que puedo parar después de dos copas.	Siempre digo lo mismo y le sigo, mejor no le entro, me siento muy bien así conmigo mismo.
Ya la regué! Insulte a mi novia, qué más da que yo consuma. Además así se me olvida aunque sea un rato.	La regué en gritarle, mejor antes de tirarme a la bebida solucionaré el conflicto con mi novia. Además, ni se me olvidan las cosas cuando tomo.
He trabajado mucho este año, me he esforzado y he conseguido lo que he querido, creo que me merezco un trago.	He trabajado y seguiré haciéndolo, cualquier día es para celebrarlo, pero sin alcohol.
Me la estoy pasando muy agusto, si me tomo una copa tal vez me sienta más agusto.	Súper agusto y no he tomado, me la sigo pasando así sin tomar, además, me siento bien conmigo mismo. Ajua!

Se dió paso a la segunda destreza de esa sesión, la cual fue la asertividad. Se le explicó a C.G. que consistía en expresar su pensar y defender sus derechos, sin agredir pero tampoco sin someterse. Se realizó a través de un juego de roles en los cuales debía de rechazar el consumo de manera asertiva.

Se completó el siguiente ejercicio obteniendo como resultado:

ASERTIVIDAD EJERCICIO
Piense sobre las situaciones que ocurrieron en el último año donde hubiera deseado haberse comportado de mejor manera, o donde perdió el control y después se lamentó.
¿Dónde estaba? En una fiesta, en casa de unos amigos
¿Quién estaba presente? Novia, amigos
¿Qué estaba pensando? Que tenía muchas ganas de tomar para entrar en ambiente
¿Qué estaba sintiendo? Deseos muy intensos de tomar
¿Cuál fue el resultado? Tome porque se me antojo y para llevarle la contraria a mi novia que se había enojado conmigo por lo mismo. Terminamos peleados.
Enliste tres cosas que podría hacer en una situación similar en el futuro que lo llevaría a un resultado positivo (asertivo) <ol style="list-style-type: none"> 1. Hablar con mi novia (en este caso) o resolver la situación que me pueda provocar tomar, creando pensamientos positivos. 2. Hablar algo así: "yo creo que tenemos que hablar para resolver esto, quiero que sepas que mi intención no es tomar y ponerme borracho, sin embargo quiero decirte que no me gusta que me ignores, que te parece si bailamos esta canción para calmarnos" 3. Salir de la situación, en lo que me calmo pensar en que las consecuencias no pueden ser las que espero y podría complicar las cosas y echar a perder mi esfuerzo.

Se elaboró el plan semanal en donde C.G. se puso como meta lo siguiente:

PLAN SEMANAL						
Meta: moderación						
Confianza en el logro de esta meta:	0%	20%	40%	60%	80%	100%
¿Por qué estás 100% seguro?						
Me siento seguro de mantener la moderación, quiero no pasar de los límites si es que consumo, además estoy en finales y no quiero estropearlo.						

<i>Disparadores. Describa dos eventos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿Dónde estará? ¿en qué momento del día? ¿Quién estará presente? ¿Qué hará, pensará y sentirá?</i>	<i>Para cada uno de los disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo</i>	<i>¿Se cumplió?</i>
Viernes. Con mis amigos de la facultad por la tarde, después de la cascarita.	<ul style="list-style-type: none"> No asistir 	
	<ul style="list-style-type: none"> No consumir. Si mis amigos me insisten, emplearé estrategias de rechazo o asertividad 	✓
	<ul style="list-style-type: none"> Si consumo será solo 3 copas. Es mi límite que ya pensé y tengo decidido 	✓

Finalmente, se le mencionó a C.G., que a lo largo de la semana, aplicará las destrezas como lo había venido haciendo, así como que completará sus tareas y, si llegará a surgir alguna duda, la veríamos la siguiente sesión.

Sesión 8. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Se dió inicio realizando el raport y el encuadre terapéutico. Se informó lo que se revisaría en esa sesión, que se explorarían las actividades que se dejaron como tarea con anterioridad, que se elaboraría el plan semanal, ahora en la fase de mantenimiento, así como enseñar la destreza de solución de problemas.

Se inició con la revisión del auto-monitoreo, en el cual se mencionó que hubo consumo el viernes de tres copas. Mencionó que hubo presión social para que consumiera más. Empleó la asertividad para hacerles ver a sus compañeros que no quería consumir más.

Fecha	Describa la situación más riesgosa. ¿Dónde estaba? ¿A qué hora? ¿Con quién? ¿Qué estuvo haciendo, sintiendo, pensando? ¿Qué paso?	Decriba que hizo para enfrentar la situación (Vg. Salir a caminar, recordar consecuencias negativas de consumo).	Estuvo abstimente y si no fue así registre e uso de alcohol
Martes	No tiene que ver con el consumo. Pero me disgusté con mi novia, porque olvidó pasar a recoger unos documentos que le había encargado.	Fue mi primera oportunidad de poner en práctica la asertividad, así que le expresé mi molestia, pero de manera asertiva.	Abstimente
Miércoles	Escuela	Concentrado en la escuela	Abstimente
Jueves	Fiesta con mis viejos amigos, con los que tomaba son de la facultad y fue por la tarde.	Tenía ganas de ir, pues es fin de curso, si, la pensé mucho, pero en ese momento me empecé a decir a mí mismo que no era prudente, pues al otro día tenía seminario, muy temprano. Así, que cuando fueron por mí, les dije que no asertivamente, que tal vez mañana iría (a otra fiesta).	Abstimente
Viernes	Fiesta en la facultad en la tarde, con mis amigos.	Decidí ir, "ya me lo merecía" después de una semana dura. Baile, platique, empecé a tomar me lleve con una copa por tiempo y la alternaba con refresco, pues con el baile me daba sed. Emplee asertividad, incluso	3 copas en 4 horas

		un cuate me insistía mucho en que consumiera más, porque me estaba viendo muy lento. Pero me mantuve en mi decisión.	
Sábado	Decidí no salir de casa, se me antojo en la tarde, porque estaba aburrido.	Tenía muy presente no consumir por un antojo, invite a mi mamá a ver una película.	Abstinentes
Domingo	No hubo situación de riesgo, salí a dar la vuelta con mi novia.	No me sentí en riesgo	Abstinentes
Lunes	Escuela	Concentración total	Abstinentes

Posteriormente de que se revisó el automonitoreo y, cómo le había funcionado las estrategias que se planearon para las situaciones que se presentaron. Se procedió a enseñar la destreza de enfrentamiento correspondiente a esa sesión, la cual fue "solución de problemas". Se le comentó que todo el tiempo estamos solucionando problemas, sin embargo, el hacerlo de manera efectiva, es una destreza. Se revisaron distintas técnicas que pueden emplearse en la solución de problemas a corto, mediano y/o largo plazo a través de viñetas, modelamiento y ejercicios prácticos. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS		
PROBLEMA	PROS	CONTRA
Me gustaría hacer una ONG que fomente apoyo a los derechos de las mujeres.	Ganar experiencia práctica en la defensa de derechos. Conseguir referencia. Sensación de placer por poder ayudar.	Pocos recursos Conseguir enemigos
Yo estoy indeciso en hacer mi servicio social con una investigadora reconocida	Tener una referencia Conseguiría empleo o beca Aprendería el método de investigación Contribuiría a mi formación	Carga de trabajo excesivo, presionado No tiempo con novia, familia
Yo quiero quedarme en vacaciones en casa y	Reforzaría lazos con ella Estaría al pendiente de su	Me sentiría desesperado sin poder hacer nada más,

así cuidar a mi mamá	salud	estando todo el día en mi casa Descuidaría relación con novia
Yo quiero tomar un seminario de lectura para niños	Mejoraría mi seguridad de estar al frente en público Ayudaría a los niños Contribuiría a mi formación Desarrollaría destrezas Es gratuito	tiempo esfuerzo

Se procedió a realizar un nuevo plan para la semana siguiente, se comentó que, aunque él ya se había expuesto, con anterioridad, a situaciones de riesgo, se planeó una situación desafiante en donde C.G. se sintió confiado a manejarla.

PLAN SEMANAL	
Exposición planeada de un disparador del uso de sustancia.	Reporte de resultados NOTA: REPORTADO UNA SEMANA DESPUÉS
Describe la situación disparadora Cumpleaños de un amigo	¿Intentó hacer la tarea? SI ¿Fue exitoso el intento? SI
Experiencia planeada ¿Cuándo? El viernes ¿Dónde? En la facultad, después en el departamento de otro amigo ¿Quién estará presente? Amigos de la generación, con los que me juntaba antes, mi novia.	COMENTARIOS Me sentí seguro para decir hasta aquí, primero conmigo mismo, pues me daba un poco de miedo que yo fuera quien quisiera seguir consumiendo, aunque ya tenía claro que quería, pues yo me lo propuse. Y cuando lo tengo claro me fue más fácil externarlo a los demás asertivamente.
Plan de enfrentamiento Tal vez consuma un poco, pero cuando llegue a mi límite (2 copas) les hare saber que ya no más. Empleando asertividad	¿Usted uso? SI ¿Cuánto? 2 copas ¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez? No pretendo ser abstinento, pero si quiero mantenerme un poco debajo de la moderación, hasta ahorita la asertividad me ha funcionado muy bien no solo en el consumo sino en otras áreas, mas con mi novia.

Finalmente, se le mencionó a C.G. que si creía conveniente pusiera en práctica el plan semanal, así como que buscara momentos para que aplicará la destreza que se vió en la sesión y, si llegará a surgir alguna duda, lo veríamos la siguiente sesión.

Sesión 9. RELAJACIÓN Y RELACIONES SALUDABLES

Se dió inicio realizando el raport y el encuadre terapéutico, se le informó lo que se abordaría en esta sesión, se revisarían las actividades que se dejaron como tarea con anterioridad, se elaboraría el plan semanal de la fase de mantenimiento, así como que se enseñaría la destreza de relajación.

Se inició con la revisión del auto-monitoreo, en el cual se mencionó que hubo consumo de dos copas en la semana y que el plan tuvo buenos resultados.

Fecha	Describe la situación más riesgosa. ¿Dónde estaba? ¿A qué hora? ¿Con quién? ¿Qué estuvo haciendo, sintiendo, pensando? ¿Qué paso?	Describe que hizo para enfrentar la situación (Vg. Salir a caminar, recordar consecuencias negativas de consumo).	Estuvo abstinento y si no fue así registre e uso de alcohol
Martes	Escuela	Concentrado en sus clases	Abstinento
Miércoles	Escuela	Concentrado en sus clases	Abstinento
Jueves	Escuela, fui a comer con unos amigos, pidieron chela, se me antojo, pero no consumí, ya que tenía clase después.	Pedí agua de Jamaica, mis amigos se burlaron y yo lo tomé con humor, no hice caso	Abstinento
Viernes	"Islas", por la tarde, estaba con amigos viendo el fut, estaba contento.	Platicar, emplear técnicas de rechazo y asertividad al final, para que ya no me siguieran diciendo que consuma más.	2 copas
Sábado	Decidí no salir de casa, andaba un poco enfermo.	No tuve situación de riesgo	Abstinento
Domingo	Me quede en casa haciendo los quehaceres del hogar, en una limpieza profunda.	No me sentí en riesgo	Abstinento
Lunes	Escuela	Metido de lleno en mis labores escolares. Además es lunes.	Abstinento

Una vez que se revisó el automonitoreo y el funcionamiento del plan semanal, se prosiguió a enseñar la destreza de enfrentamiento correspondiente a esta sesión, la cual fue relajación. Se le comentó que era una manera de reducir tensión, ansiedad o estrés, que en ocasiones se puede recurrir al consumo de alcohol por estos estados, sin embargo, son comunes estas sensaciones en la

vida cotidiana, por ello, era conveniente aprender a manejarlas. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

RELAJACIÓN
Sea consciente de su tensión ¿qué parte de su cuerpo se pone tensa cuando se estresa o está deseoso de drogas o alcohol? Mis brazos, mi espalda, mis hombros.
Pruebe una de las técnicas ¿qué cambios nota en la tensión muscular? Se sintieron más ligeros, menos pesados, no siento como nudos que luego se me hacen, el hacerme consciente de las partes de mi cuerpo lo hace más fácil.
Practique las técnicas diariamente ¿Cuál es la que le funciona mejor? Imaginería, darme dos minutos de tiempo y empezar a imaginar cosas, como el mar con el cielo es algo que me hace estar en calma, me representa tranquilidad, paz. Y la respiración.
¿Qué es lo que le ayuda a recordar el empleo de estas técnicas (por ejemplo cuando nota que las tensiones van incrementando o usar las técnicas en un cierto momento del día)? Cuando veo que empiezo a dar vueltas en lo mismo y me empiezo a enfadar, digo ¡alto! Y es cuando me doy dos minutos para salir de la tensión. Y esos minutos, si me los dedico a no hacer nada solo enfocarme en mí y en mi respiración y en imaginar.

Se procedió a realizar un nuevo plan para la semana siguiente. Se planeó una situación desafiante en donde C.G. se sintió confiado a manejarla.

PLAN SEMANAL	
Exposición planeada de un disparador del uso de sustancia.	Reporte de resultados NOTA: REPORTADO UNA SEMANA DESPUÉS
Describe la situación disparadora Ir a ver cómo juegan cascarita, ya que después se quedan a tomar, pretendo acompañarlos.	¿Intentó hacer la tarea? SI ¿Fue exitoso el intento? SI
Experiencia planeada ¿Cuándo? El viernes ¿Dónde? Islas ¿Quién estará presente? Amigos de la facultad	COMENTARIOS Me sentí seguro de hacerlo, no se me antojo y no consumí, fui claro y firme con ellos al decirles que no quería hacerlo. Respetaron mi decisión.
Plan de enfrentamiento Estar con ellos, disfrutar el día como antes lo hacía solo que sin alcohol, no pretendo tomar, aunque si se me antoja solo será una y con esa llevármela todo el juego.	¿Usted uso? NO ¿Cuánto? ¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez? Buenos resultados.

Por último, se le mencionó a C.G. que si creía conveniente pusiera en práctica el plan semanal, así como qué buscara momentos para que aplicará la destreza que se vió en la sesión y si llegará a surgir alguna duda lo veríamos la siguiente sesión. Se le preguntó a C.G como se sentía con lo abordado hasta esta sesión, si se sentía preparado para ir dando cierre al tratamiento, a lo que él estuvo de acuerdo, mencionó sentirse con herramientas con las cuales no había llegado.

Sesión 10. ENFRENTAMIENTO DEL ABURRIMIENTO

Se comenzó la sesión con el report y el encuadre terapéutico, se le informó lo que se comentaría en esta sesión, que se revisarían las actividades que se dejaron, se elaboraría el plan semanal, así como que se enseñaría la destreza de enfrentamiento del aburrimiento, que se le asignaría el ejercicio "si yo fuera a recaer" y, finalmente, que se llenaría el cuestionario de confianza.

Se inició con la revisión del auto-monitoreo, en el cual se mencionó que no hubo consumo, a pesar de haber algunas oportunidades el jueves, el viernes y el sábado.

Fecha	Describa la situación más riesgosa. ¿Dónde estaba? ¿A qué hora? ¿Con quién? ¿Qué estuvo haciendo, sintiendo, pensando? ¿Qué paso?	Decriba que hizo para enfrentar la situación (Vg. Salir a caminar, recordar consecuencias negativas de consumo).	Estuvo abstinentes y si no fue así registre e uso de alcohol
Martes	Fui al seminario y de ahí a casa.	No me sentí en riesgo	Abstinentes
Miércoles	Estuve en casa, e incluso, fui a investigar sobre unas clases en el deportivo.	No hubo riesgo, me mantuve ocupado.	Abstinentes
Jueves	Salir con amigos después del seminario.	Decir no, recordaba que tenía cosas que hacer. No me insistieron, pues creo que mis argumentos fueron válidos.	Abstinentes
Viernes	Cascarita, con amigos de la facultad, algo que solía hacer todos los viernes.	No tenía intención de consumir, no se me antojo y como lo decidí de esa manera lo hice saber, me mantuve firme y fui claro. Me sentí muy bien conmigo mismo.	Abstinentes
Sábado	Fiesta con amigos y novia	Decir no, con técnicas de rechazo. Pues no tenía ganas de ir.	Abstinentes
Domingo	Estuve en casa descansando con mi mamá	Platicamos, nuestra relación ha ido mejorando	Abstinentes
Lunes	Seminario	Todo bien, saliendo de ahí fuimos por unos helados y luego a casa.	Abstinentes

Una vez que se revisó el automonitoreo y se discutieron las estrategias que se planearon, se procedió a realizar un nuevo plan semanal, presentando una situación desafiante en donde C.G. se sintió confiado a manejarla.

PLAN SEMANAL	
Exposición planeada de un disparador del uso de sustancia.	Reporte de resultados NOTA: REPORTADO UNA SEMANA DESPUÉS
Describe la situación disparadora Fiesta con amigos	¿Intentó hacer la tarea? SI ¿Fue exitoso el intento? SI
Experiencia planeada ¿Cuándo? El sábado ¿Dónde? En casa de un amigo ¿Quién estará presente? Amigos, compañeros, novia.	COMENTARIOS Me sentí muy seguro y muy contento, pues es cuando puedo ver los resultados y creo que eso aumenta mi confianza en que lo puedo hacer y seguir con ello. Mas porque ahora si me fastidio mucho un cuate que estaba duro y duro, pero al lograr hacer que el entendiera o al menos que me dejara de molestar con que no quería tomar, sin que se burlara, me hizo hacer sentir bien. Todo está en que yo tome la decisión, pues las destrezas me han servido para hacérselos saber a los demás.
Plan de enfrentamiento Tal vez consuma 3 copas, aunque no estoy seguro, puesto que es un poco lejos y me toca manejar sino va un cuate. Emplearé técnicas de asertividad, rechazo.	¿Usted uso? NO ¿Cuánto? ¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez? A pesar de como expuse en un principio, no pretendo ser abstigente, quiero de vez en cuando consumir un poco, pero en esta ocasión no lo quise hacer.

Se procedió a enseñar la destreza de enfrentamiento correspondiente a la sesión, la que se abordó fue "el enfrentamiento del aburrimento"; principalmente porque las vacaciones se acercaban y C.G. mencionó que en ocasiones anteriores, esa temporada la relacionaba con consumo. Y ello se ha relacionado con que muchas personas, al dejar de consumir, tienen la creencia de que ya no tendrán otra forma de divertirse, asociando el aburrimento como un disparador. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

ENFRENTAMIENTO DEL ABURRIMIENTO

EJERCICIOS

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

Ver películas, oír música, jugar en la computadora, salir con amigos, salir con novia, ir a fiestas, ir a ver el fut

2. ¿Qué le gustaría obtener de su involucramiento en las actividades de esparcimiento (por ejemplo, para ser físicamente activo, probar nuevas actividades desafiantes, hacer nuevos amigos) Haga una lista de sus metas personales de esparcimiento.

Me gustaría inscribirme en un seminario de tesis para verano, y así, hacer nuevos amigos, nuevas experiencias.

3. Haga una lista de al menos 3 actividades que planea hacer sin usar sustancias

- **Algo que hacía y que le gustaría hacer todavía**
Deporte, patinar, natación.
- **Algo que realmente le gusta hacer**
Hace tiempo empecé a practicar guitarra y estaba aprendiendo. Me gustaría retomar lo que estaba aprendiendo.
- **Algo que siempre quiso hacer y nunca lo trato de hacer**
Arte, estudiar los clásicos: Italia, Grecia, España.

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

Dinero, empleo, tiempo, energía, ganas.

5. Busque en su propia comunidad ¿Qué está disponible para que pueda hacer gratis o a bajo costo?

Natación en casa, hay un deportivo cercano.

Finalmente, se completó el cuestionario de confianza situacional para el consumo y se le comentó que la sesión siguiente se le entregaría el perfil computarizado para que viera los resultados obtenidos, así como que se cerraría el tratamiento, para el cual se le pidió opinión al respecto, a lo cual, mencionó sentirse listo, puesto que las herramientas proporcionadas las ha empleado satisfactoriamente.

Sesión 11. CIERRE DEL TRATAMIENTO

Se dió inicio a la sesión con el report y el encuadre terapéutico, se informó lo que se abordaría en esta sesión, se discutiría sobre las tareas asignadas en esa semana, se completaría el ejercicio “si yo fuera a recaer”, se entregaría el perfil computarizado y se compararía con el perfil inicial, explorando las fortalezas y debilidades y, finalmente, se llenaría el cuestionario de satisfacción del cliente.

Se comenzó revisando el automonitoreo de esa semana, así como el plan en la fase de mantenimiento el cual resultó exitoso. Según reportó C.G. se presentó una situación diferente para él, pues hubo presión social con la que no contaba, sin embargo, aplicó destrezas eficazmente.

Fecha	Describe la situación más riesgosa. ¿Dónde estaba? ¿A qué hora? ¿Con quién? ¿Qué estuvo haciendo, sintiendo, pensando? ¿Qué paso?	Describe que hizo para enfrentar la situación (Vg. Salir a caminar, recordar consecuencias negativas de consumo).	Estuvo abstinentemente y si no fue así registre e uso de alcohol
Martes	Seminario	No me sentí en riesgo	Abstinentemente
Miércoles	En casa. Por la tarde fui al deportivo.	No me sentí en riesgo	Abstinentemente
Jueves	Seminario	No me sentí en riesgo	Abstinentemente
Viernes	Salió una oportunidad inesperada para ir de fiesta, pero no quise ir. Quería ir a la de mañana.	Pensé en solo ir a una fiesta, por el desgaste físico. Además que tendría que ir a junta temprano y, por la tarde, a la fiesta.	Abstinentemente
Sábado	Fiesta en casa de un amigo estuvieron mis amigos, mi novia. Fue en la noche. No pensaba en el alcohol, no tenía intención de consumir.	Decidí que no iba a consumir, a pesar de que un cuate me estuvo insistiendo mucho, no me lo esperaba, le hice entender que no quería tomar, no sé si se cansó de insistirme o entendió, pero eso hizo que yo me sintiera muy bien conmigo mismo, pues me hizo sentir confianza en mí. Hasta tuve que aplicar relajación porque si llego un punto en el que	Abstinentemente

		me estaba tensando la situación , para comunicar primero emplee rechazo, posteriormente, asertividad.	
Domingo	En casa de mi novia viendo tele	Comimos y platicamos.	Abstinente
Lunes	Seminario	Concentrado	Abstinente

Después de que se analizó el suceso y los resultados del plan, se procedió a contestar el ejercicio "si yo fuera a recaer" en el que C.G. expuso posibles estrategias que emplearía en caso de una situación de riesgo. Los resultados se muestran a continuación:

SI YO FUERA A RECAER...	
Si yo fuera a recaer, lo más probable es que fuera en la siguiente situación	
Una fiesta con amigos de la adolescencia, en donde el "consumo es seguro", es decir, siempre hay que consumir. Beber, oír música, relaxo.	
¿Qué estrategias podría usar para evitar esta recaída?	
Primeramente no evitaría ir, porque me gustan las fiestas.	
<ol style="list-style-type: none"> 1. "mentir" decir que estoy jurado, ellos respetan mucho a la banda que esta jurada. 2. Decir que ya no tomo 3. Ignorarlos 4. Darles largas, "ahorita" 5. Decírselos asertivamente, "la verdad me la estoy pasando muy bien así, no quiero tomar y no quiero que me insistas, me da pena estarte rechazando a cada rato, aun así sigas insistiendo mi respuesta será no, pero sabes que si te acepto un vaso de refresco" 6. Confrontación "en serio ya te lo dije bien. No me late que me estén insistiendo, pierdes algo, Si no te acepto la copa?, no me obligues a irme de la fiesta. 7. Para no irme promovería música para bailar. 	

8. Haría un juego, eso se nos da mucho cuando ya nos cansamos de bailar y algunos ya están tomados, me rio mucho y pienso que así estuve haciendo tanta cosa alguna vez.

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

100% considero que podría hacerlas todas, el punto es que yo lo quiera y que decida no tomar y sé que no tomaré.

Se le entregó a C.G. el perfil computarizado del cuestionario de confianza. Se le mostró la comparación respecto con el que se aplicó al inicio de tratamiento, por lo que pudo ver, gráficamente, el incremento de su confianza en situaciones de riesgo (ver figura 7).

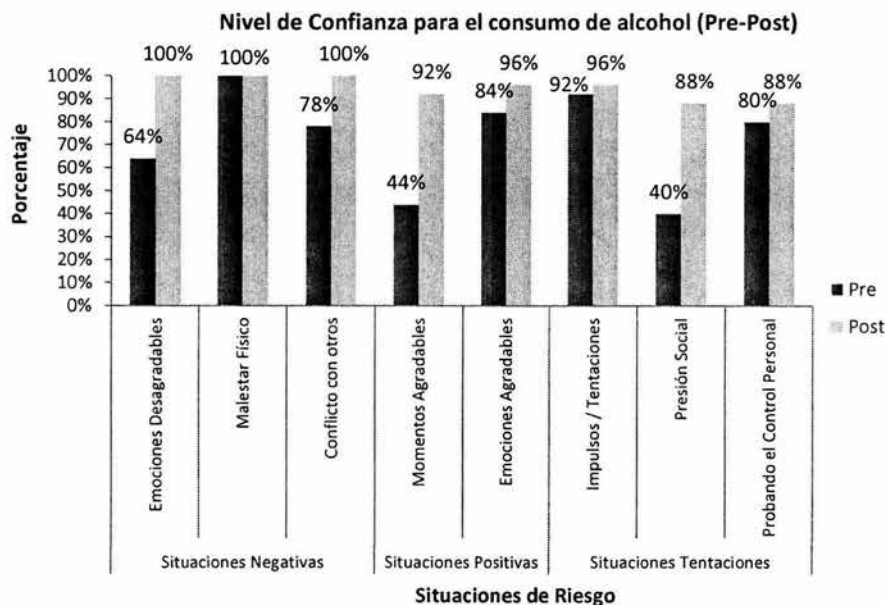


Figura 7. Comparación del porcentaje de confianza reportado por C.G. según el CCC-A50 inicial y final.

Para concluir la sesión se le pidió a C.G. que contestara algunos cuestionarios, los cuales tendrían como objetivo obtener una evaluación, tanto del servicio como del programa, lo cual ayudaría como retroalimentación. Los que C.G. reportó se muestran en seguida:

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE			
Parte 1			
¿Cómo calificaría la calidad del servicio que recibió?			
Excelente 4	Buena 3	Regular 2	Mala 1
¿obtuvo la clase de servicio que quería?			
Si definitivamente 4	Si generalmente 3	No en realidad 2	Definitivamente no 1
¿Hasta qué punto nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?			
Casi todas las necesidades han sido satisfechas 4	La mayoría de mis necesidades han sido cubiertas 3	Solo unas pocas de mis necesidades han sido cubiertas 2	Ninguna de mis necesidades han sido cubiertas 1
Si un amigo tuviera la necesidad de una ayuda similar, ¿usted le recomendaría nuestro programa?			
Si definitivamente 4	Si generalmente 3	Realmente no 2	Definitivamente no 1
Los servicios que ha recibido ¿le ayudaron a manejar más eficazmente sus			

problemas?

Si mucho 4	Si algo 3	No en realidad 2	No, parece que las cosas empeoraron 1
---------------	--------------	------------------------	--

De manera general ¿Qué tan satisfecho está con el servicio que recibió?

Muy satisfecho 4	Bastante satisfecho 3	Indiferente o levemente satisfecho 2	Totalmente insatisfecho 1
------------------------	-----------------------------	---	---------------------------------

Si usted fuera a buscar ayuda ¿nuevamente regresaría a nuestro programa?

Si definitivamente 4	Si generalmente 3	No en realidad 2	Definitivamente no 1
-------------------------	-------------------------	------------------------	----------------------------

En su opinión ¿Cuál fue la parte del programa más útil de los servicios que recibió?

En principio el acto de escucha de mi terapeuta, me ayudó mucho para expresar mis emociones. Por otro lado, las herramientas que me enseñó, no solo para el consumo, sino para la vida en general. Todo fue muy claro.

En su opinión ¿Cuál fue la parte del programa menos útil de los servicios que recibió?

Ninguna

¿Qué mejoras le gustaría ver en nuestro servicio?

Menos costo u oportunidades de pago, mayor organización en los horarios de los cubículos.

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE CLIENTE

PARTE 2

DURANTE EL PROGRAMA USTED RECIBIÓ LOS SIGUIENTES TIPOS DE ASIGNACIÓN DE TAREA. POR FAVOR EVALÚE LA UTILIDAD DE CADA ASIGNACIÓN.

A. Situaciones pasadas de consumo de alcohol

Muy útil		Útil		Nada útil
1	2	3	4	5

B. Establecimiento de meta/ plan semanal

Muy útil		Útil		Nada útil
1	2	3	4	5

C. Monitoreo diario del uso de alcohol

Muy útil		Útil		Nada útil
1	2	3	4	5

D. Monitoreo diario de los disparadores

Muy útil		Útil		Nada útil
1	2	3	4	5

E. Ejercicio "si yo fuera a recaer..."

Muy útil		Útil		Nada útil
1	2	3	4	5

F. Asignación de habilidades de enfrentamiento

Muy útil		Útil		Nada útil
1	2	3	4	5

Siguiendo su valoración a usted se le dio una retroalimentación computarizada de los disparadores de uso de alcohol ¿Qué tan útil encontró esta retroalimentación?

Muy útil		Útil		Nada útil
1	2	3	4	5

¿Qué tipo de tratamiento recibió?

Individual.

¿Qué encontró de útil en el consejo individual?

Me sirvió para conocerme más, saber decidir que quiero y en base a ello trabajar, pude ver las destrezas que tengo y desarrollar nuevas, no solo en el problema del consumo, sino llevarlas a mi vida en general.

¿Qué no le gusto del consejo individual?

Todo me pareció muy bien

¿Hubiera preferido recibir consejo grupal?

No

Con este ejercicio se concluyó la sesión, así como el tratamiento, se le comentó a C.G. que nos veríamos un mes después para dar un seguimiento a su caso, y hablar sobre las dificultades presentadas en caso de existir, con lo que él estuvo de acuerdo.

SEGUIMIENTO A UN MES

Los resultados del primer seguimiento al mes de haber sido dado de alta, se presentan en la figura 8, en la cual se puede observar el porcentaje obtenido en el cuestionario de confianza, el cual se mantuvo o incrementó en las situaciones presentadas a continuación: emociones desagradables, malestar físico y conflicto con otros se mantuvieron en el 100% respecto al mes pasado, momentos agradables con otros y emociones agradables se mantuvieron en el 92 y 96% respectivamente, impulsos y tentaciones incremento del 96% al 100%, presión social incrementó del 88% al 92% y finalmente probando el control personal incrementó del 88% al 96%.

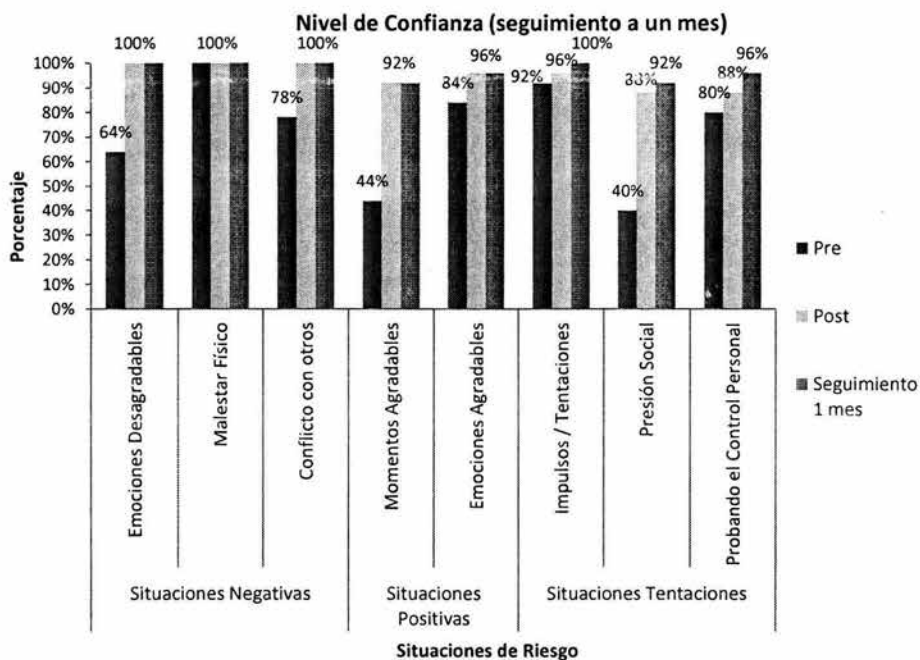


Figura 8. Porcentaje de confianza obtenido al inicio del tratamiento, al final del tratamiento y en el seguimiento efectuado al primer mes.

C.G mencionó haber observado y experimentado, durante este mes, diferentes sensaciones, principalmente de estar satisfecho consigo mismo, pues notó que el cambio en su consumo impactó otras áreas de su vida, principalmente familiar, escolar y amistades.

En el área familiar hizo referencia a la mejora en el trato con su hermano, principalmente durante este mes, pues ambos no se dirigían la palabra como consecuencia de las veces que su hermano le confió cosas y C.G. lo hizo quedar mal a causa de su consumo. El paciente se había propuesto, organizar una comida con su familia para hablar con ellos, actividad que realizó, obteniendo resultados satisfactorios para C.G.

En el área escolar C.G. inició su servicio social con una doctora a la cual él admira, por lo que se sintió con más responsabilidad aún, concluyó las materias que debía, sólo quedándole una pendiente, la cual empezó a recursar.

Al respecto de su círculo de amigos, C.G. mencionó que tuvo la oportunidad de estar con ellos y emplear técnicas vistas en el tratamiento para poder expresar su pensar respecto al consumo y actuar conforme a ello, cumpliendo su meta de moderación. A la fecha se ha mantenido en los niveles de seguridad, consumiendo dos ocasiones durante este mes, ambas en fiestas. La primera ocasión de consumo, fue una copa estándar y la segunda ocasión de consumo fueron 2 copas estándar. De igual manera, hizo nuevos amigos en otras actividades que inició, con quien comparte gustos e intereses distintos.

Refirió que las destrezas que empleó constantemente fueron: rechazo, cambio de pensamiento, asertividad, solución de problemas y relaciones saludables principalmente. Mencionó que pretende seguir con su meta de consumo "tengo claro que soy joven y, me gusta la fiesta y el relajo y sería mentirme si digo que jamás voy a consumir una gota de alcohol, sin embargo, si sé que estaré por abajo, incluso, de los límites permitidos".

SEGUIMIENTO A 4 MESES

Los resultados presentados después de tres meses del primer seguimiento (cuatro meses después de haber sido dado de alta), se presentan en la gráfica 9, en la cual se puede observar el porcentaje obtenido en el cuestionario de confianza, el cual se mantuvo o incrementó en las situaciones presentadas a continuación: emociones desagradables, malestar físico se mantuvo en el 100%, emociones agradables, impulsos y tentaciones y probando el control personal se mantuvieron en su nivel de confianza respecto al momento en que se dio de alta, y hubo un incremento del 88% al 92% en la situación de presión social para el uso. De manera general el nivel de confianza en las situaciones evaluadas se encuentra por encima del 85%.

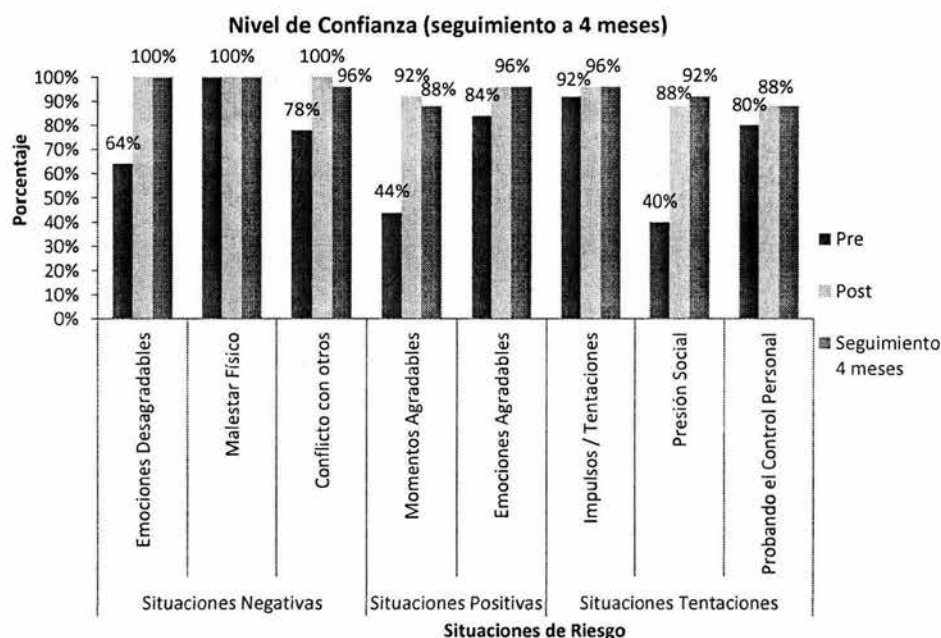


Figura 9. Porcentaje de confianza obtenido al inicio del tratamiento, al final del tratamiento y en el segundo seguimiento efectuado a los 4 meses de haberse dado de alta.

C.G mencionó después de este periodo sentirse mas satisfecho y confiado, ya que notó la permanencia de su cambio, primeramente él, y además su familia le reconoció su cambio, reafirmó el impacto en otras áreas de su vida.

En el área familiar refirió que su mayor logro fue hablar con su hermano, y mencionó que este ha vuelto a confiar en él, han convivido mas frecuentemente y mencionó que su mamá es esta muy contenta con el hecho. Aunque en estos meses mencionó que no ha tenido tanto tiempo como antes de estar con su familia, reconoce que el tiempo invertido es de calidad.

En el área escolar C.G. continuó con su prestación de servicio social y estaba por concluir la materia que adeudaba.

En cuanto a su círculo de amigos, C.G. mencionó que ha roto vinculo definitivamente con algunos de ellos (principalmente con los que se efectuaba el consumo en altas cantidades) "no por huir de ellos, sino porque mis intereses han cambiado". A la fecha se ha mantenido en los niveles de seguridad, consumiendo cuatro ocasiones durante este tres meses, dos en fiestas y las otras de manera casual mencionó.

En la primera ocasión fue en una fiesta, en la cual hubo consumo de 3 copas durante toda la fiesta (4 horas), menciono que aunque tiempo atrás el automonitoreo le funcionó, esto se ha ido haciendo "mas automático". La destreza que ha habilitado la mayor parte del tiempo es la asertividad.

La segunda ocasión de consumo fue igualmente una fiesta, solo que en esta ocasión hubo consumo de 2 copas estándar durante tres horas.

Las dos ocasiones siguientes fueron de manera "casual" como el refirió, una mientras veía una película con su novia y una mas en un restaurante con un amigo, ambas ocasiones hubo consumo de una copa estándar.

C.G. mencionó estar satisfecho con su meta de consumo "moderación", pues siente que le ha funcionado y se siente motivado al ver que ha mantenido el compromiso consigo mismo.

Finalmente, se presenta el progreso obtenido respecto al consumo de C.G., a lo largo del tratamiento, y en los dos seguimientos realizados, valorado en el número de copas estándar, los resultados se presentan a continuación (ver figura 10):

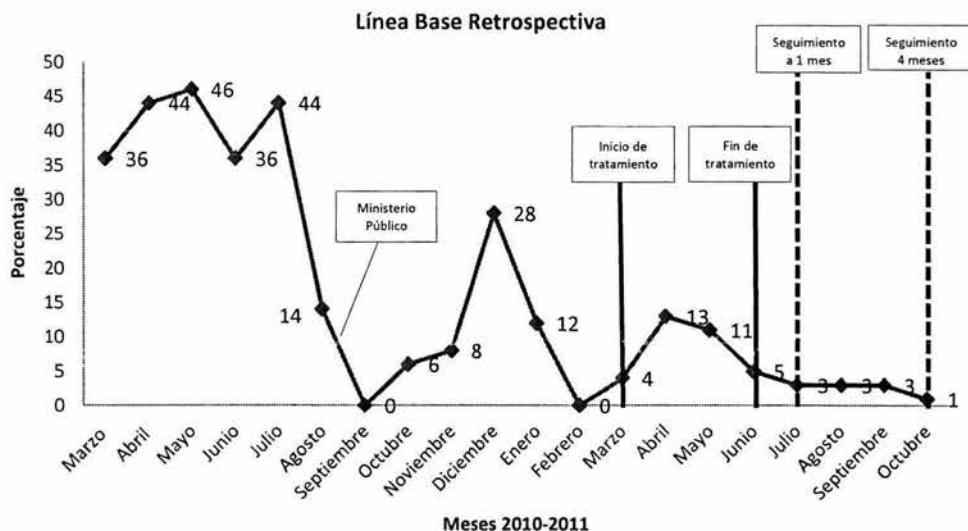


Figura 10. Muestra el número de copas estándar a lo largo de un año, al inicio, durante y un mes después del tratamiento.

Se pudo observar que después de cuatro meses ha mantenido su meta de consumo que es moderación obteniendo 7 copas estándar a lo largo de tres meses, aunado a ello se observó la continua aplicación de las destrezas de enfrentamiento vistas durante el tratamiento.

C.G. en los doce meses previos al inicio del tratamiento, tenía un patrón de consumo de 9 copas estándar por ocasión de consumo en un periodo de 4 horas aproximadamente.

Durante el año previo evaluado, se reportó 42 días de consumo (11.25%), lo cual se distribuyó en la forma que a continuación se presenta: 3.01% de

consumo moderado, 7.67% de consumo excesivo y 0.82% de consumo muy excesivo.

Se observó un decremento en el consumo de alcohol de septiembre a octubre, tras la problemática a la que se enfrentó, sin embargo, hubo recaídas en el consumo como se puede observar en la figura 10.

Al inicio del tratamiento había consumo de 13 copas estándar, lo cual decreció al finalizar el tratamiento a 5 copas estándar en el último mes y durante el primer mes de seguimiento se reportó un consumo de 3 copas estándar, y tres meses después del primer seguimiento se reportó consumo de 7 copas estándar divididas en 3 meses (2 aproximadamente por ocasión de consumo) manteniendo su meta de moderación.

CONCLUSIÓN

Se puede concluir, a través de los resultados obtenidos, que el tratamiento fue eficaz para alcanzar y mantener la meta de consumo de alcohol la cual fue moderación, por ello el patrón de consumo se redujo de 9 copas estándar por ocasión de consumo semanal a 2 copas estándar, manteniéndolo cuatro meses después de haber finalizado el tratamiento. Por otra parte, se observó el impacto en los problemas asociados al consumo en distintas áreas de su vida. El paciente mencionó que las destrezas le han servido aplicadas no solo al consumo de alcohol, sino que las ha extrapolado en otros espacios de su vida.

La relación con su familia, principalmente con su mamá mejoró, puesto que mencionó el haber recuperado la confianza de su mamá. Y en el área académica, mencionó sentirse satisfecho, puesto que en sus materias va muy bien y logró entrar a realizar su servicio social con una maestra a la que el admira mucho, la cual exige tiempo y dedicación. Logro crear nuevos vínculos y relaciones saludables, las cuales se presentan como un factor de protección.

Finalmente, en cuanto al consumo, C.G. ha aplicado, satisfactoriamente, las destrezas proporcionadas, mencionando que ahora no tiene necesidad de no ir, pues ha aprendido a elegir en qué momento decir no, o ya no y hacerlo.

Se podría pronosticar, a través de los datos que se presentaron en el monitoreo de C.G. que la aplicación y empleo con éxito de las destrezas por C.G., a lo largo del tratamiento, y en este último mes, que la probabilidad de que pueda continuar con su meta de moderación es alta.

SUGERENCIAS

Durante mi estancia en el servicio social dentro del Programa tuve la oportunidad de conocer el campo de las adicciones de manera práctica. Me fueron proporcionadas las herramientas necesarias en mi formación como terapeuta en esta área, entre muchas actividades más. Sin embargo, considero que el programa no tiene suficiente difusión en la facultad de psicología, ni en la Universidad. El campo ha ido tomando fuerza rápidamente en los últimos años, y es necesario que se promueva la formación de más psicólogos en el área.

REFERENCIAS

- Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación (2003). Guía práctica de planificación y aplicación. Naciones Unidas Nueva York
- Bandura, A. (1987). *Teoría del Aprendizaje Social*. Madrid. Edit. Espasa-Calpe. 3ª Edición.
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., González, J., Martínez, M. "Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con dependencia a sustancias adictivas" Consejo Nacional contra las Adicciones
- Becoña, E. & Cortes, M. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Socidrogaalcohol
- Becoña, E. (2002) *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*.
- Campollo, O. & López, M. (2003) *Análisis Comparativo de Programas de Prevención de Adicciones en México*. Anuario de Investigación en Adicciones. Vol. 4 Nov. 2003
- Carreño, S., Medina-Mora, M., Ortiz, A., Natéra, G., Tiburcio, M. & Vélez, A. (2003) *Modelo de prevención del uso de alcohol, tabaco y otras drogas en el lugar de trabajo*. CONADIC
- Casas, M., Pérez, J., Salazar, I., & Tejero, A. (1992) *Las conductas de la automedicación en drogodependencias*. Barcelona: ediciones en neurociencias.

- Centros de Integración Juvenil (2003). *Prevención selectiva*. Disponible en:
<http://www.cij.gob.mx/Especialistas/PrevencionSelectiva2.html>
- Clayton, R.R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association
- Cornes, J., Fernández-Ríos, L., Arauxo, A. & Pedrejón, C. (2004) *Ciencia de la prevención: fundamentos y perspectivas. Implicaciones en psicología*. Rev Psiquiatría FacMed Barna. 31(2):86-95
- De Leonardo, P., Bermúdez, P. & Amador, N. (2003). *Programa de educación preventiva contra las adicciones*. CONADIC
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008) Disponible en:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf
- Jessor, R. (1991) Risk behavior in adolescent: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12: 597-605.
- Llanes, J., Castro, M.E., Margain, M. (2000), *Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus Familias*, Chimalli-DIF, Vol. 1: Bases teóricas y Plan de acción y Vol. 2: Intervención preventiva, UNICEF-DIF, México
- Llorente del Pozo, J.M, Iraurgi- Castillo, E.I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Revista Trastornos Adictivos*, Vol. 10. No. 4, 252-274.
- Londoño, C. & Vinaccia, S. (2005) *Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos*. *Psicología y salud*. Vol. 15 num. 002. Xalapa México.
- Modelos de Prevención (2003). Serie Planeación. Consejo Nacional Contra las Adicciones.

Monasor, R., Jiménez, M & Palomo, T. (2003). *Intervenciones psicosociales en alcoholismo*. Revista Trastornos Adictivos, Vol. 5. No. 1, 22-26.

National Institute on Drug Abuse (2001) disponible en:

<http://www.drugabuse.gov/PODAT/Spanish/PODAT1.html>

National Institute on Drug Abuse (2003). Recuperado el 12 de Mayo del 2011 en

<http://www.nida.nih.gov/nidahome.html>

National Institute on Drug Abuse (2004) *¿Cómo prevenir el uso de drogas en niños y adolescentes?*. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. Disponible en:

<http://www.drugabuse.gov/Prevention/spanish/capitulo4.html>

Organización de las Naciones Unidas (1993)

Organización Mundial de la Salud (2008) *Informe sobre la salud en el mundo 2004*. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2004/es/>

Perry, M. & Furuka, M. (1987) *Metodos de modelado*. Goldstein

Plan Nacional sobre Drogas (2007) Ed: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.) (2003). *Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y otras Drogas (PEREU): Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México. D, F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H.M., Herie, M. A. & Watkin- Merek, L. (1996). Structure Relapse Prevention. An Outpatint Counselling Approach, (pp. 1-210). Center for Adicction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Center. Toronto, Canadá.

- Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.) (2003a). *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.) (2003b). *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. Programa de Maestría y Doctorado. UNAM.
- Quiroga, H. (Trad.) (2003). *Línea Base Retrospectiva para la evaluación del consumo de Alcohol (LIBARE-A)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducida y adaptada al español del original en lengua inglesa de

Sobell, C., & Sobell, B. (2000). Alcohol Timeline Followback (TLFB). En American Psychiatric Association (ed.), Handbook of psychiatric measures (pp. 477-479). Washington, D.C., American Psychiatric Association., y de Sobell, C., & Sobell, B. (2003) Alcohol consumption measures. En J. P. 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. y Vital, M. (Trad.) (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.

Roberts, A.J. y Koob, G. (1997). The neurobiology of addiction. Alcohol Health and Research World, 21, 101-106.

Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V & Morales Gallús, E. (2004). Un modelo psicoterapéutico en adicciones. *Revista Trastornos Adictivos*, Vol. 6. No. 3, 159-166.

Solis, L., Gómez, P. & Ponce, M. (2003) *Modelo de prevención en: Centros de Integración Juvenil*. CONADIC

Tratamiento para la drogadiccion. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas

Vega, A. (1998) *Como educar sobre el alcohol en las escuelas*. España: Amarú

Velez, A., Prado, A. & Sánchez, M. (2003) *Modelo preventivo: Construye tu vida sin adicciones*. CONADIC

Villatoro, J., Gutiérrez, M., Quiroz del Valle, N. Moreno, M., Gaytán, L., Gaytán F., Amador N. & Medina-Mora, M. (2009) *Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas. Salud Mental*. Vol. 32, num 4.

ANEXOS

16. Después de haber bebido en exceso, ¿tiene pensamientos o ideas confusas o poco claras?

- a) No, nunca b) Sí, por uno o dos días c) Sí, por unas horas
d) Sí, por unos días

17. Como resultado de beber, ¿ha sentido que su corazón late rápidamente?

- a) No b) Una Vez c) Varias veces

18. ¿Piensa constantemente en beber y en las bebidas?

- a) No b) Si

19. Como resultado de beber ¿ha escuchado cosas que no existen?

- a) No b) Una Vez c) Varias veces

20. ¿Ha tenido miedo y sensaciones extrañas cuando bebe?

- a) No b) Una o dos veces c) Varias veces

21. Como consecuencia de beber, ¿ha sentido cosas caminando por su cuerpo y que en realidad no existen? (por ejemplo: arañas, bichos).

- a) No b) Una Vez c) Varias veces

22. En relación con las lagunas mentales o pérdidas de memoria:

- a) Nunca he tenido una laguna mental.
b) He tenido lagunas mentales que han durado menos de 1 hora.
c) He tenido lagunas mentales que han durado varias horas.
d) He tenido lagunas mentales que han durado 1 día o más.

23. ¿Ha tratado de dejar de beber pero no ha podido?

- a) No b) Una Vez c) Varias veces

24. ¿Bebe muy rápido (de un solo trago)?

- a) No b) Si

25. Después de tomar una o dos bebidas ¿puede dejar de beber?

- a) No b) Si

(CCA-A)
ALGORITMO DE COMPROMISO PARA EL CAMBIO
ALCOHOL

Esta entrevista se usa para clasificar al cliente según uno de los cinco estadios de cambio. Haga las siguientes preguntas en secuencia, y termine la entrevista cuando haya identificado el estadio del cliente.

¿Bebió usted durante los últimos 30 días? (circule SI o NO)

¿Está usted considerando dejar o moderar su consumo * dentro de los próximos 30 días?

Circule:

SI o NO



CODIFIQUE PRECONTEMPLACIÓN

¿Se mantuvo usted en abstinencia o bebió moderadamente* durante los últimos 30 días?

Circule:

SI o NO



¿Llevó a cabo por lo menos un intento para no beber **o intentó beber moderadamente durante los últimos 30 días?

SI o NO



CODIFIQUE PREPARACIÓN

CODIFIQUE CONTEMPLACIÓN

¿Se mantuvo usted abstinento por más de 60 días o bebió moderadamente * por más de 60 días?

Circule:

SI o NO



CODIFIQUE MANTENIMIENTO

CODIFIQUE ACCIÓN

(IDTS-50)
INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS
(ALCOHOL)

NOMBRE: _____ FECHA: _____ EXP.: _____

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

Marque:

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

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

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

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

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

(DTCQ-50)
CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL PARA EL CONSUMO
DE DROGA (ALCOHOL)

A continuación se muestra un listado de situaciones o eventos en los cuales algunas personas han experimentado un consumo problemático.

Imagine que está ahora en cada una de estas situaciones. Indique de acuerdo con la siguiente escala qué tan seguro está de poder resistirse a los impulsos al consumo excesivo en cada situación.

Circle 100 si está seguro de resistirse a los impulsos para consumir en exceso, 80 si está 80% seguro de resistir, 60 si está 60% seguro. Si está más inseguro que seguro circule 40 para indicar que sólo está el 40% seguro de resistir los impulsos para consumir excesivamente; 20 para cuando esté 20% seguro y 0 cuando usted no está seguro de resistir en esta situación.

	inseguro	Seguro
1. Si estuviera deprimido por todo en general.	0 20 40	60 80 100
2. Si me sintiera tembloroso, mareado o con náuseas.	0 20 40	60 80 100
3. Si estuviera feliz.	0 20 40	60 80 100
4. Si sintiera que ya no tiene a dónde más acudir.	0 20 40	60 80 100
5. Si quisiera ver si puedo beber con moderación.	0 20 40	60 80 100
6. Si estuviera en un lugar donde antes consumí o compré la droga.	0 20 40	60 80 100
7. Si me sintiera tenso o incomodo con la presencia de alguien.	0 20 40	60 80 100
8. Si me invitan a una casa y sintiera inapropiado rechazarlos cuando me ofrezcan un trago.	0 20 40	60 80 100
9. Si me encontrara con viejos amigos y quisiera pasar un buen momento.	0 20 40	60 80 100
10. Si no pudiera expresar mis sentimientos a alguien.	0 20 40	60 80 100
11. Si sintiera que se ha fallado asimismo	0 20 40	60 80 100
12. Si tuviera problemas para conciliar el sueño.	0 20 40	60 80 100
13. Si me sintiera seguro y relajado.	0 20 40	60 80 100

	Inseguro	Seguro
14. Si estuviera aburrido.	0 20 40 60 80 100	
15. Si quisiera probarme que el alcohol no es un problema para mí.	0 20 40 60 80 100	
16. Si encontrara inesperadamente una bebida o ocurriera algo que me recordara mi consumo.	0 20 40 60 80 100	
17. Si me rechazaran otras personas o que no les gustara algo de mí.	0 20 40 60 80 100	
18. Si saliera con amigos y sugirieran que fuéramos a algún lugar para beber.	0 20 40 60 80 100	
19. Si estuviera con un amigo íntimo y quisiéramos sentirnos más unidos.	0 20 40 60 80 100	
20. Si otras personas me trataran injustamente o interfiriera en mis planes.	0 20 40 60 80 100	
21. Si estuviera solo.	0 20 40 60 80 100	
22. Si quisiera sentirme más alerta o tener más energía.	0 20 40 60 80 100	
23. Si me sintiera excitado por algo.	0 20 40 60 80 100	
24. Si sintiera ansiedad o estuviera tenso por alguna cosa.	0 20 40 60 80 100	
25. Si quisiera salir para probar que puedo beber ocasionalmente sin volverme un adicto.	0 20 40 60 80 100	
26. Si estuviera usando drogas y pensara en beber.	0 20 40 60 80 100	
27. Si sintiera que mi familia me está presionando o que no puedo estar por arriba de sus expectativas.	0 20 40 60 80 100	
28. Si otras personas estuvieran consumiendo en la misma habitación y sintiera que quieren que se una a ellas.	0 20 40 60 80 100	
29. Si estuviera con amigos y quisiera incrementar mi diversión.	0 20 40 60 80 100	
30. Si no me llevara bien con otros en la escuela o trabajo.	0 20 40 60 80 100	
31. Si empiezo a sentirme culpable por algo.	0 20 40 60 80 100	
32. Si quisiera perder peso.	0 20 40 60 80 100	

	Inseguro	Seguro
33. Si estuviera satisfecho con mi vida.	0 20 40 60 80 100	
34. Si me sintiera abrumado y quisiera escapar.	0 20 40 60 80 100	
35. Si quisiera salir con amigos que beben para probar que puedo estar con ellos sin consumir.	0 20 40 60 80 100	
36. Si escuchara a alguien hablar de sus experiencias con el consumo.	0 20 40 60 80 100	
37. Si tuviera problemas en casa.	0 20 40 60 80 100	
38. Si me estuvieran presionando para beber y sintiera que no puedo rechazarlos.	0 20 40 60 80 100	
39. Si quisiera celebrar con un amigo.	0 20 40 60 80 100	
40. Si alguien estuviera insatisfecho con mi trabajo o me sintiera presionado en la escuela o trabajo.	0 20 40 60 80 100	-
41. Si estuviera enojado por alguna cosa y me tuviera que salir.	0 20 40 60 80 100	
42. Si tuviera dolor de cabeza o un dolor físico.	0 20 40 60 80 100	
43. Si recordara cosas buenas que me ocurrieron.	0 20 40 60 80 100	
44. Si me sintiera confundido de qué es lo que debería hacer.	0 20 40 60 80 100	
45. Si quisiera salir para probar que puedo estar sin consumir en lugares donde las personas están bebiendo.	0 20 40 60 80 100	
46. Si empezara a pensar que podría sentirme bien con pocos tragos sin sentirme intoxicado.	0 20 40 60 80 100	
47. Si sintiera que necesito valor para enfrentarme a alguien.	0 20 40 60 80 100	
48. Si estuviera con un grupo de personas donde todos consumen.	0 20 40 60 80 100	
49. Si estuviera en un buen momento y quisiera incrementar mi satisfacción sexual.	0 20 40 60 80 100	
50. Si sintiera que alguien está intentando controlarme y quisiera sentirme más independiente.	0 20 40 60 80 100	

CONTRATO DEL TRATAMIENTO INDIVIDUAL PARA EL SRP

NOMBRE: _____ FECHA: _____

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

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

Yo acepto lo siguiente:

1. ASISTENCIA.

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

2. USO DE LA SUSTANCIA.

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

3. PARTICIPACIÓN.

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

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

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

4. CONFIDENCIALIDAD.

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

- *La necesidad clínica de consultar con otros miembros del equipo terapéutico.
- *Citación o llamada de la corte.
- *Información respecto a enfermedades infecciosas particulares.
- *La información médica en el caso de una emergencia (entregarla para la asistencia médica).
- *Sospecha de abuso infantil.
- *Haber cometido o amenaza de cometer crímenes violentos.
- *La información con respecto a los riesgos que involucra la operación de un vehículo de motor.

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

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

Firma del cliente

Firma del testigo

Firma del terapeuta

Fecha: _____

FORMA DE MONITOREO DIARIO

NOMBRE: _____ FECHA: _____ EXP.: _____

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

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