



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLGÍA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES
PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS**

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

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

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
ALMA DELIA DÍAZ JUÁREZ**

DIRECTOR:

DR. HORACIO QUIROGA ANAYA

SINODALES:

DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES MATA MENDOZA

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

DR. JESÚS FELIPE URIBE PRADO

MTRO. JORGE ALVAREZ MARTÍNEZ

4
**Facultad
de Psicología**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



DEDICATORIA

A la Universidad Nacional Autónoma de México,

A la Facultad de Psicología.

Con todo mi cariño...

A mi madre, por brindarme siempre todo su amor sin ninguna reserva, por apoyarme a cada momento con un abrazo cálido y una palabra sincera, por haberme traído a vivir la maravilla que es la vida, gracias mamá, te quiero.

A mi padre, por el apoyo incondicional que siempre me ha demostrado, por compartirme su experiencia y ejemplo de lucha, que me han servido de guía y me han motivado a superar cada día, gracias papá.

A mi hermano, Daniel, por el apoyo incondicional que me ha brindado a cada momento, por demostrarme la lealtad de un amigo y el cariño de un hermano, por ayudarme a encontrar la claridad en los momentos difíciles y por contagiarme con la tenacidad y perseverancia con la que vive cada día, gracias compañero de fantásticas aventuras.

A mis abuelos Teodoro y Delia, por todo el cariño y buenos momentos que siempre me han regalado, por compartirme su consejo y experiencia de vida, por sus valiosas enseñanzas que permanecerán conmigo siempre, gracias abuelos, los quiero.

A mis tíos Marisela y Beto, y a mi prima Susi, por el cariño que siempre me han demostrado, por todos los momentos especiales que he vivido junto a ustedes, gracias por estar ahí.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Quiroga, por todo su apoyo y dedicación que me mostró durante la realización de este trabajo y por haberme brindado siempre un trato amable y atento durante mi estancia en el programa.

A Lupita, con mucho cariño y admiración, por enseñarme la importancia del esfuerzo y la constancia, por el apoyo que me ha demostrado a cada momento, por compartirme su experiencia profesional y personal, y sobre todo por creer en mí.

A Raque, por compartir esta maravillosa experiencia conmigo, por contagiarme la energía con la que das cada paso, por tener siempre una palabra reconfortante para mí en los momentos difíciles, por disfrutar y sonreír conmigo en las experiencias más agradables, por ser el mejor equipo a la hora de trabajar y por demostrarme que la amistad hace que cada momento sea mejor.

Al Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología, por permitirme crecer profesionalmente, fomentando en mí el sentido de servicio y responsabilidad que se requiere en el ejercicio profesional.

A mis compañeros del cubículo, Mary, Ale, Luis y Tere, por el apoyo y el trato amistoso que siempre me han mostrado, también por los ratos agradables que pasamos juntos.

A Vera, Yal, Sina y Lu, por enseñarme el valor de la amistad durante estos años, por los buenos momentos que hemos compartido y que seguiremos disfrutando, las quiero.

A Monse, por estar al pendiente de cada paso en este proyecto, por brindarme todo su apoyo y regalarme su amistad en todo momento.

ÍNDICE

1	DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL.....	2
2	CONTEXTO DE LA INSTITUCIÓN Y DEL PROGRAMA DONDE SE REALIZÓ EL SERVICIO SOCIAL	3
3	DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL.....	13
4	OBJETIVOS DEL INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL.....	14
5	SUSTENTO TEÓRICO METODOLÓGICO	15
5.1	CAPITULO I. Pasado y presente del consumo de sustancias psicoactivas en México.....	15
5.2	CAPITULO II. Modelos explicativos de las distintas dimensiones del consumo de sustancias psicoactivas	20
5.3	CAPITULO III. Importancia de la prevención y el tratamiento	31
6	REPORTE DE CASO ÚNICO.....	44
6.1	MOTIVO DE CONSULTA.....	44
6.2	EVALUACIÓN	46
6.2.1	DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS	46
6.2.2	RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POR INSTRUMENTO	49
6.3	DEBILIDADES Y FORTALEZAS DEL PACIENTE	52
6.4	TRATAMIENTO	52
6.4.1	DESARROLLO DEL TRATAMIENTO POR SESIONES.....	54
6.5	RESULTADOS DURANTE EL TRATAMIENTO.....	89
6.6	SESIÓN DE SEGUIMIENTO A UN MES	90
7	CONCLUSIONES	93
8	RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....	95
9	REFERENCIAS	96
10	ANEXOS.....	100

RESUMEN

El presente documento informa las actividades realizadas durante el servicio social dentro del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM. Por lo tanto, se describen los objetivos, misión, visión y subprogramas que maneja, así como el sustento teórico en el que esta basado y los servicios que ofrece. Posteriormente, se describe la aplicación del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) en un paciente dependiente de alcohol.

Es dentro de este programa donde se presenta dicho estudio de caso, en el que las características principales fueron: paciente de sexo masculino de 60 años de edad, con escolaridad de maestría, casado, jubilado, padre de dos hijos, quién presentaba problemas con su consumo de alcohol y con un nivel de dependencia sustancial. Refirió que dicho consumo lo había llevado a experimentar consecuencias negativas en su estado de salud, relaciones familiares y en su desarrollo personal en general, motivo por el cual, tomó la decisión de buscar una opción de tratamiento para mantenerse abstinentes.

El paciente manifestó que consumía con mayor frecuencia cuando experimentaba emociones desagradables, cuando se presentaba algún problema o cuando estaba solo; así mismo, señaló que lo hacía con el fin de olvidar sus problemas o preocupaciones. Posteriormente, durante la evaluación, se registró que su patrón de consumo durante el último año había sido de 4 a 5 copas estándar por ocasión, siendo los principales disparadores de consumo, momentos agradables con otros, probando el control personal y presión social para el uso. Por lo que, el plan de tratamiento individualizado para su caso se integró por las siguientes destrezas de enfrentamiento: enfrentamiento de los deseos intensos, rechazo y resistencia para el consumo de alcohol, solución de problemas y asertividad.

Al final del tratamiento se observó un aumento en el nivel de confianza (autoeficacia) para enfrentar las diversas situaciones de riesgo. En emociones agradables presentó un aumento de 10%; en malestar físico un 12%; y probando el control personal, impulsos y tentaciones para usar y en conflictos con otros un 4%. Cabe señalar, que después del tratamiento obtuvo 100% de confianza en 6 de los 8 indicadores. Por otro lado, su patrón de consumo se redujo a 0 copas estándar, es decir, logró permanecer abstinentes. Además, de que el paciente expresó haber mejorado la relación con su esposa e hijos, y señaló que había retomado su desarrollo personal en las diferentes áreas de su vida.

Palabras clave: Alcohol, Intervención, Autoeficacia, Prevención de Recaídas.

1 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 objetivos principales como prestadora del servicio social fueron:

1. Conocer el marco teórico referente al Programa de Prevención y Educación sobre drogas para Estudiantes Universitarios (PREEDEU) y el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con problemas de Alcohol, Tabaco 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 y de protección, problemas asociados, etc.).
3. Realizar la aplicación e interpretación de los instrumentos requeridos para el PREEDEU y el PEREU.
4. Aplicación clínica del PEREU como co-terapeuta y terapeuta bajo supervisión.
5. Instrumentación de Talleres a partir del PREEDEU.

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

1. Proporcionar los materiales referentes a los antecedentes clínicos de los programas en que el prestador se va a involucrar, Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) y Programa de Prevención y Educación sobre drogas para Estudiantes Universitarios (PREEDEU).
2. Supervisar que la inserción del prestador al programa sea óptima.
3. Evaluar el desempeño del prestador en las actividades asignadas.

4. Revisar los reportes mensuales de actividades.
5. Asesorar en los puntos a cubrir para la estructuración del reporte final del prestador.

2 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 con su consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, un Programa de Conductas Adictivas.

Este programa se desarrolló para dar respuesta a una demanda creciente por el abuso de sustancias psicoactivas, 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 presente problemas de alcohol, tabaco y otras drogas, o que esté en riesgo de presentarlos; sin embargo, también brinda estos servicios al público en general que pudiera presentar dicha problemática.

Programas y acciones que realiza

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

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

1) Prevención y Educación sobre drogas para Estudiantes Universitarios (PREEDEU)

Perfil del usuario

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

Descripción

Es una intervención breve desarrollada originalmente por Quiroga, Vázquez y Mata (1994) en la Facultad de Psicología de la UNAM, cuenta con un referente cognitivo conductual apoyado en la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Azjen (1975), la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977) y la Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1988, 1991), a la que se le han incorporando posturas como la dinámica de grupos, del trabajo comunitario, de la perspectiva de género y habilidades sociales (Quiroga, Mata, Vital y Cabrera, 2008).

Las estrategias fundamentales para llevarlo a cabo son, talleres, folletos y audiovisuales sobre alcohol, tabaco y/o drogas en general. En este nivel se realiza un diagnóstico situacional a la muestra de estudiantes y trabajadores universitarios de la escuela o facultad en cuestión, con el objetivo de determinar los factores de riesgo y de protección, además de elaborar el contenido de los talleres a realizar.

De tal manera que, los talleres impartidos a estudiantes de nivel medio superior consisten en:

- ✓ Evaluación general sobre los conocimientos de alcohol, tabaco u otras drogas.
- ✓ Exposición por parte de los instructores del taller abordando los siguientes contenidos: a) conceptos básicos de alcohol, tabaco y/o drogas; b) efectos sobre el Sistema Nervioso Central y órganos relevantes; c) factores contextuales (ambiente); d) etapas del uso, abuso o dependencia; 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.

- ✓ Desarrollo y práctica de distintas habilidades para la vida como: resistencia y rechazo, solución de problemas y asertividad.
- ✓ Tips de moderación para el consumo de alcohol.
- ✓ Evaluación final, la cual que permite detectar a personas que usen y abusen de drogas, para que sean canalizados al Programa de Conductas Adictivas brindando una intervención oportuna de tratamiento.

2) Detección e intervención breve de Alcohol, Tabaco y otras Drogas para estudiantes universitarios (DIBAEU).

Perfil de usuario

El DIBAEU está dirigido a estudiantes universitarios que presenten consumo excesivo, abusen o tengan dependencia leve al alcohol, tabaco u otras drogas con base en los criterios de abuso del DSM-IV. Así por ejemplo, en el caso del alcohol, se caracterizan por una historia leve de consumo excesivo (menos de 5 años) ó de consumo problemático (menos de 3 años), un patrón de consumo excesivo frecuente (más de 4 copas estándar por ocasión en el hombre y más de 3 en la mujer, o más de 12 a la semana en los hombres y más de 9 en las mujeres), con muy pocos problemas relacionados (no más de 10 en el IPAR) y sin deterioro cognitivo severo.

Descripción

Es una Intervención breve Cognitivo-Conductual y Motivacional de consulta externa desarrollada originalmente por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999) traducido y adaptado en la Facultad de Psicología de la UNAM por Quiroga y Cabrera (2003).

Se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen, hoy en día, el estado del arte de las intervenciones breves como son: (a) la entrevista motivacional; (b) el balance decisional para el cambio en el consumo; (c) el depositar la responsabilidad del cambio en el 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; y (h) 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 1er mes, 3ro, 6to y 12vo; las cuales se describen, brevemente, a continuación:

1. Sesión de Evaluación: El objetivo de esta sesión es hacer una evaluación de los patrones de consumo del paciente, las consecuencias negativas relacionadas del consumo, el índice de dependencia, historia familiar de consumo y problemas psiquiátricos. Las actitudes que tiene sobre la sustancia y de la motivación que presenta para cambiar dicho patrón de consumo. Para ello, se realiza una entrevista al paciente y se le aplica una batería de instrumentos en particular
2. Sesión de Retroalimentación y Consejo: En esta sesión se busca retroalimentar al paciente de forma gráfica y personalizada sobre su patrón de consumo, problemas asociados, índice de dependencia e historia familiar, 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 o abstenerse de 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 1er, 3ro, 6to y 12vo 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 seguimiento se evalúa conjuntamente por el paciente y el terapeuta, basándose en qué tan útil fue la primera.

3) Tratamiento de Auto-Cambio guiado para estudiantes universitarios con problemas de alcohol, tabaco y otras drogas (TAGEU)

Perfil del usuario

El TAGEU está dirigido a estudiantes universitarios con dependencia moderada al alcohol, tabaco u otras drogas. En el caso del alcohol, consumidores con dependencia moderada (entre 14-21 puntos en la EDA, hasta 6 puntos en la escala FAGERSTROM, hasta 4 síntomas en el DSM-IV), con una historia moderada de consumo excesivo (menos de 10 años) y de consumo problemático (menos de 5 años), un consumo excesivo frecuente de más de 4 copas estándar por ocasión en el hombre y más de 3 en la mujer, de 13-30 copas estándar a la semana en el hombre y de 10 a 24 copas a la semana en la mujer, en no más de tres días a la semana, con problemas relacionados (no más de 20 en el IPAR), siendo alguno de ellos grave y sin deterioro cognitivo severo.

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 de Toronto, Canadá, el cual ha sido adaptado y modificado en la Ciudad de México por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998) para su aplicación en población general y por Quiroga y Montes (2003) para aplicarlo en Estudiantes Universitarios con problemas de alcohol, tabaco y otras drogas. Su objetivo es ayudar 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 y (l) el empleo de lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo.

Esta modalidad de tratamiento 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.

El programa se integra de 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 interrumpir (abstinencia) el consumo actual.

3. Paso 2: Analizar las situaciones que ponen en riesgo de consumir en exceso. Se identifican detalladamente 3 situaciones que ponen al paciente en riesgo de consumo.
4. Paso 3: Enfrentar los problemas relacionados con la sustancia psicoactiva: 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 sustancias psicoactivas. Al terminar el tratamiento se programan sesiones de seguimiento, éstas se realizan el, 3°, 6° y 12° mes.

4) Prevención Estructurada de Recaídas para estudiantes universitarios con problemas de alcohol, tabaco y otras drogas (PEREU)

Perfil del usuario

El PEREU, está dirigido a estudiantes universitarios que presentan problemas de dependencia sustancial a severa al alcohol, tabaco u otras drogas. En el caso del alcohol, consumidores con dependencia sustancial a severa (más de 21 puntos en la EDA, más de 7 puntos en la escala FAGERSTROM, de 5 a 7 síntomas en el DSM-IV), con historia sustancial 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 más de 30 copas a la semana en el hombre y mas de 24 en la mujer, hasta 5 días a la semana), con problemas relacionados al

consumo (más de 20 en el IPAR), siendo uno de ellos un problema muy grave y sin deterioro cognitivo severo.

Descripción

El PEREU fue desarrollado originalmente por Annis, Herie y Merek (1996) en la Fundación de Investigación de la Adicción de Canadá, traducido y adaptado en la Ciudad de México para estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003). 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, tabaco y 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, tabaco y 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 o drogas y otras situaciones de la vida.
- g) Convertirse en su propio co-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. Involucramiento del paciente en el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado que consta de:

Un contrato de tratamiento.

Una jerarquía personal de disparadores de uso de alcohol o droga para ser empleados durante el tratamiento a través de las tareas asignadas.

Establecimiento de metas y auto monitoreo por parte del paciente.

4. La asignación de tareas para la Fase de "Iniciación del Cambio", se centra en estrategias de consejo, tales como: evitación de las situaciones de riesgo para el uso de alcohol y/o droga; pudiéndose aplicar la coerción (por ejemplo, un mandato legal); el tratamiento de hospitalización/residencial; la medicación protectora; la involucración de un compañero u otra persona responsable y un papel relativamente directivo por parte del terapeuta.

5. La 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 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 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.

3 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

Las actividades realizadas como prestadora de servicio social durante mi estancia en el Programa de Conductas Adictivas fueron las siguientes:

Inicialmente, se me proporcionó capacitación en los principales aspectos del marco teórico que se maneja dentro del programa, donde se me presentaron los principales conceptos como, clasificación de sustancias, dependencia, efectos en el organismo, tolerancia, factores de riesgo y de protección, tratamiento, prevención, etc. Además, de hacerme la recomendación de buscar información referente al tema de las adicciones para profundizar el conocimiento en dicha área.

Una de mis principales actividades fue participar en el programa PREEDEU, para esto, recibí capacitación para aplicar dicho programa e instrumentar talleres de prevención de adicciones en población de nivel medio superior. Por lo que, participé impartiendo talleres en dicha población, elaborando el material requerido y analizando los datos obtenidos. Además, participé en el análisis de datos y edición de la Encuesta Estudiantil de Adicciones 2010 y 2011 realizadas en la misma población y bajo el marco del mismo programa.

Asimismo, se me capacitó en la aplicación del programa PEREU, en el cual inicié como co-terapeuta, brindando tratamiento a pacientes con problemas de consumo de sustancias ó con problemas relacionados. Dicho tratamiento incluía la aplicación de los componentes de PEREU que fueran requeridos, de acuerdo a las necesidades de cada paciente. La realización del tratamiento incluyó la aplicación de instrumentos de evaluación, integración de los resultados obtenidos durante la evaluación, retroalimentación personalizada de los datos obtenidos y elaboración del plan de tratamiento individualizado, a partir del establecimiento de su diagnóstico. Posteriormente, en distintas sesiones se mostraban y practicaban las destrezas de enfrentamiento asignadas para su caso. Cada una de las actividades anteriores se realizaron bajo supervisión.

4 OBJETIVOS DEL INFORME PROFESIONAL 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.

5 SUSTENTO TEÓRICO METODOLÓGICO

5.1 CAPITULO I. Pasado y presente del consumo de sustancias psicoactivas en México

A lo largo de la historia se ha tenido registro de consumo de sustancias en la mayoría de las culturas, las cuales han atribuido a dicha conducta, cualidades sagradas, religiosas, curativas y sociales, por lo que ésta cobró importancia en algunas de sus actividades.

La curiosidad que caracteriza al ser humano, el cual siempre ha explorado el mundo que lo rodea e inquirido el porqué de lo que en él sucede (Tapia, 2001). El consumo de sustancias psicoactivas tuvo lugar debido a dicha curiosidad, la cual ha llevado al hombre a experimentar los efectos y sensaciones placenteras provocadas por el consumo de estas sustancias. Una vez que pudo notar dichos efectos, empezó a utilizarlas con diversos fines, variando la frecuencia y formas de uso de acuerdo a la cultura.

En México, el consumo de sustancias se remonta a la época prehispánica, donde las culturas asentadas en este territorio tenían un conocimiento amplio del medio que les rodeaba, así como de los efectos psicoactivos de algunos vegetales y plantas. Entre las sustancias con antecedentes de consumo en el mundo prehispánico destaca el pulque, el tabaco, el peyote, el bangué o marihuana y el opio, a las cuales se les atribuyeron connotaciones sagradas, por lo que su consumo estaba reservado para ocasiones establecidas, tales como eventos ceremoniales o festividades. En cuanto al patrón de consumo de las bebidas con alcohol, consistía en beber hasta la embriaguez (aunque no debe olvidarse que ésta práctica era ritual, y en situaciones donde estaba permitido), siendo la bebida más común, el pulque, ya que era considerada una bebida divina y que únicamente podía ser consumida en ocasiones especiales o por individuos que tuvieran características específicas (Tapia, 2001).

No, obstante, queda la parte prohibida de la embriaguez: el que bebía era severamente castigado. Existía un riguroso código de control social, de acuerdo con el cual, cuanto más noble e ilustre era el bebedor, tanto mayor sería su castigo (Tapia, 2001). Cabe señalar que el consumo excesivo de alcohol no representó un problema significativo para la población de México prehispánico, debido a las acciones hacia la permisividad de la embriaguez.

En el caso del tabaco el consumo fue variado, ya que en un inicio lo bebían, posteriormente lo masticaron, después únicamente aspiraban el humo y, finalmente, lo fumaron. Siempre se conservó como una costumbre extendida entre la mayoría de los habitantes de la región.

Hacia la época colonial, las connotaciones religiosas que se le habían atribuido al consumo de sustancias psicoactivas desapareció notablemente; en el caso de las bebidas con alcohol su auge continuó, aunque el patrón de consumo se modificó debido a que existían menores restricciones para el consumo. Así mismo, se añadieron otros productos alcohólicos a los hasta entonces disponibles; todos los cuales tienen productos de destilación, lo que los hace ser radicalmente diferentes del pulque y otros productos fermentados prehispánicos (Tapia, 2001).

En el caso del consumo de tabaco también ocurrió un cambio en el patrón de consumo, en el inicio, los conquistadores consideraron que tenía efectos diabólicos, aunque finalmente, notaron los efectos placenteros que producía. En esta época dicho consumo llegó a representar un problema importante, ya que los problemas de salud ocasionados por esta sustancia se hicieron presentes entre la población. Para el resto de las sustancias como el peyote y los alucinógenos, aunque el patrón de consumo se modificó, se siguieron utilizando en menor medida en comparación a las bebidas con alcohol y el tabaco.

Cabe mencionar que los patrones y formas de consumo adoptados en la época prehispánica y colonial se fueron modificando de acuerdo a la evolución que tuvo nuestra cultura a lo largo del tiempo, donde las connotaciones religiosas

o sagradas, curativas o sociales se desvanecieron para dar paso a nuevas atribuciones las cuales, a su vez, dieron cabida al consumo de otras sustancias.

Aunado a lo anterior, el territorio sufrió algunos cambios que marcaron diferencias importantes en las formas de gobierno, la distribución del territorio y la población evolucionaron hasta llegar a ser como hoy las conocemos. Dichos cambios influyeron sobre la modificación de los patrones de consumo de la población, los cuales se elevaron hasta llegar al consumo excesivo, provocando que éste adquiriera connotaciones principalmente negativas, debido a los problemas asociados tanto en el área social y de la salud del individuo.

Los registros de datos epidemiológicos de consumo de sustancias se remontan a los años setenta cuando el *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente* realizó las primeras encuestas relacionadas con el tema, en población que habitaba en hogares de diferentes ciudades del país. Posteriormente, en 1988, 1993, 1998 y 2002, 2008 y 2011 se realizaron las encuestas nacionales de adicciones dirigidas a población en general. De la misma manera, se han realizado encuestas dirigidas a poblaciones específicas, principalmente a los estudiantes, con las cuales se han reportado que el consumo de sustancias no se ha incrementado de manera uniforme en el país, sino que ha destacado la zona noroccidental (Chihuahua, Sonora, Tamaulipas, Morelia), por registrar las cifras mayores de consumo (Rojas, 2009).

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008 se llevó a cabo en 50, 688 hogares de las diferentes entidades federativas del país; consideró a población de entre 18 y 65 años de edad y de entre 12 y 17 años de edad. Los resultados obtenidos en cuanto al consumo de alcohol indican lo siguiente.

La población mexicana no bebe diario o casi diario: 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de consumo aumenta con la edad; por ejemplo, es 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29. La cerveza es la bebida de preferencia de la población mexicana.

Le siguen los destilados y, en una proporción significativamente menor, el vino de mesa y las bebidas preparadas. El orden de preferencia por tipo de bebida es similar entre hombres y mujeres.

En los adolescentes, el orden de preferencia cambia, ya que prefieren bebidas preparadas más que el vino. Las diferencias entre hombres y mujeres son menores que en la población mayor de 17 años, con excepción de las bebidas preparadas, el pulque y el aguardiente/alcohol de 96°; en relación con éstas, se observa una mayor diferencia entre hombre y mujeres adolescentes.

Como se había observado en estudios previos, el patrón de consumo típico es de grandes cantidades por ocasión de consumo. En total, casi 27 millones de mexicanos (26 828 893) entre 12 y 65 años beben con este patrón y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Casi 4 millones (3 986 461) beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios). 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.

En cuanto a la población que presenta dependencia a dicha sustancia se obtuvo la siguiente información: poco más de cuatro millones de mexicanos (4 168 063) cumple con los criterios para este trastorno; de éstos, tres y medio millones (3 497 946) son hombres y poco más de medio millón (670 117) son mujeres.

Finalmente, la encuesta antes mencionada concluyó que los datos obtenidos sobre el consumo de alcohol indican que el consumo diario se mantiene como una práctica poco frecuente en el país; sin embargo, consumen grandes cantidades por ocasión. Por otro lado, se observó que una proporción importante de la población adolescente presenta problemas con su manera de beber. También fue posible notar que una proporción significativa de la población requiere tratamiento y una aun mayor necesita educación para aprender a

moderar el consumo de alcohol y evitar los periodos de consumo excesivo que se asocian con altos niveles de problemas asociados.

El panorama epidemiológico del país presenta importantes retos para la política de salud. El abuso representa un elevado costo derivado del consumo crónico, que se relaciona principalmente con la dependencia, la cirrosis, la depresión y otras patologías psiquiátricas; sin embargo también se asocia con la atención de otras complicaciones médicas, de la intoxicación aguda por atención a lesiones en salas de urgencia, y otros costos para la familia derivados de problemas laborales, económicos, de violencia, etcétera (Tapia, 2001). Dichas problemáticas se observan en los diferentes sectores de la población, dónde algunos requieren mayor atención, como aquellos que presentan un consumo riesgoso, excesivo o aquellos que presentan problemas asociados a un trastorno por dependencia.

Actualmente, el consumo de sustancias psicoactivas ha adquirido una relevancia importante en todo el mundo, independientemente de la multiplicidad de las causas o patrones de consumo en los diferentes países. La respuesta de la población hacia el tema ha variado de acuerdo a diferentes factores, como la influencia social, factores económicos o políticos y dicha variación se puede presentar en un mismo país o región.

El consumo de sustancias constituye un importante problema social y de salud presente en los diferentes sectores de la población en México, por lo que hoy representa un desafío establecer acciones preventivas y de tratamiento para enfrentar y contrarrestar la serie de consecuencias negativas para las personas consumidoras de sustancias, como para los no consumidores. Para esto, es importante tener en cuenta las diferentes posturas que han explicado las causas de la aparición de una conducta de consumo.

5.2 CAPITULO II. Modelos explicativos de las distintas dimensiones del consumo de sustancias psicoactivas

Hoy en día, el consumo excesivo, el abuso y la dependencia a las sustancias psicoactivas, representa un problema que demanda especial atención debido a las consecuencias individuales y sociales que ocasiona. Por lo que, es conveniente revisar los modelos que han intentado explicar, desde sus diferentes perspectivas teóricas esta problemática actual. Cabe señalar, que los modelos que se presentan a continuación, se clasifican de acuerdo a tres variantes: modelos biológicos, psicológicos y sociales.

a) Los modelos biológicos

Basados en los factores orgánicos que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas, también se han denominado modelos médicos.

- **Modelo de enfermedad física**

Jellinek, en 1952, planteó un modelo biológico para explicar el consumo de alcohol, sin embargo, Dole y Nyswander en 1965 lo propusieron también para otras drogas y juntos postulan que existe una predisposición genética que junto con las dificultades en el proceso madurativo personal provocan una susceptibilidad a la dependencia, asociado a la intervención de factores facilitadores, como son la exposición a la droga y el estrés ambiental (Lorenzo, 2009). Y consideran a los problemas familiares, personales y sociales como consecuencia del mismo.

Por otro lado, Becoña (2006) menciona que dicho modelo considera al abuso de una sustancia psicoactiva como una enfermedad irreversible, donde se exige la abstinencia total para manejar la enfermedad. Y señala que esta perspectiva carece de efectividad para explicar los diversos factores que actualmente se sabe que están involucrados en el consumo de sustancias psicoactivas.

- Modelo de la automedicación

Propuesto por Khantzian en 1985, postula que se requiere de la existencia de un trastorno de personalidad y/o trastorno mental previo, el cual provoca la necesidad de la droga, que se consume en un intento de aliviar la misma, como forma de autotratamiento (Citado en Becoña, 2002; Lorenzo, 2009). Es decir, los usuarios que presentan consumo de sustancias, lo hacen porque sufren trastornos con su sustrato biológico que propician el consumo de sustancias para mitigar los efectos negativos de dicho trastorno.

- Modelo de exposición

Weiss y Bozarth en 1987, proponen que la dependencia es ocasionada por la capacidad de las sustancias de actuar como reforzadores primarios sobre los centros cerebrales de recompensa, lo cual explicaría la conducta de búsqueda y consumo (Lorenzo, 2009).

El sistema de recompensa está integrado, básicamente, por las vías dopaminérgicas del sistema mesolímbico y mesocortical. El funcionamiento de dicho sistema se da de la siguiente manera: en área ventral tegmental (AVT) se encuentran cuerpos neuronales, que envían sus proyecciones al núcleo accumbens y a la corteza prefrontal (CPF). Las neuronas dopaminérgicas del AVT también envían proyecciones al hipotálamo lateral (HL), el cual junto con la CPF, la amígdala, el tálamo dorsomedial (TDM) y el hipocampo, envían proyecciones al núcleo accumbens y éste, a su vez, al AVT y al HL. Dichos núcleos están relacionados en un circuito anatómico y funcional llamado circuito reforzador-límbico-motor, donde el circuito límbico se involucra en fenómenos de emoción y motivación y el circuito motor en fenómenos de activación locomotora. El núcleo accumbens es el responsable de la transmisión de información en las distintas regiones cerebrales y la zona de este núcleo identificada como la responsable de la conducta adictiva, se conoce como zona cubierta, que está involucrada en estados de ánimo diversos. Asimismo, los neurotransmisores que están involucrados en el sistema de recompensa son, la dopamina, la

noradrenalina, la serotonina, la acetilcolina, la vasopresina, la feniletilamina, entre otros (Lorenzo, 2009).

b) Modelos sociológicos

La mayoría de ellos comparten elementos con las teorías psicológicas y se centran principalmente en explicar porqué se inicia el consumo de drogas. Dentro de éstos, destacan:

- Modelo de asociación diferencial

Refiere que el indicador de consumo es la administración de droga por parte del mejor amigo del adolescente y, además que la existencia de un desapego a la familia de origen facilita que los hijos se integren más fácilmente en asociaciones marginales, es decir, "cuanto mayor es el apego a la familia, menor es el efecto de la asociación con un grupo de iguales y su conducta desviada" (Lorenzo, 2009).

- Modelo de desarrollo social de Hawkins, Catalano y Miller

Desde la orientación sociológica plantea que la vinculación social, familiar, escolar y religiosa previene la expresión de impulsos y conductas desviadas. El consumo de drogas y otras conductas desviadas serían el síntoma de una débil vinculación con estas instancias convencionales, mantenida a través del aprendizaje social y las contingencias del entorno (Villarreal, 2009).

Del mismo modo, cabe mencionar que uno de los puntos de partida de este modelo es que la conducta prosocial y la conducta problema se originan a través de los mismos procesos, ambos tipos de conducta dependerán de los vínculos que se establezcan con los entornos de socialización. Cuando el individuo adquiere una fuerte vinculación con ámbitos prosociales, el resultado será un comportamiento prosocial. Por lo que, a lo largo de la socialización, se van produciendo dos procesos paralelos. Uno de ellos va generando vínculos con entornos prosociales y, por tanto, inhibe la aparición de conducta desviadas; el

otro crea lazos con medios antisociales y, por tanto, promueve la aparición de conductas problema. El resultado final dependerá de la fuerza relativa de esos dos procesos: cuando los vínculos prosociales tienen más peso, no se desarrollan conductas antisociales (Laespada, 2004).

- Modelo del Autorrechazo de Kaplan

Basado en el concepto de autoestima, explica la aparición de conductas de consumo, donde éstas responderían a una necesidad autocompensatoria del individuo ante una escasa autovaloración. Esta percepción negativa de sí mismo estaría dada por una serie de experiencias sociales desfavorables que le provocan un malestar psicológico afectando su autoestima.

Dicho modelo afirma que los adolescentes que experimentan baja autoestima y frecuente autorrechazo reciben repetidamente evaluaciones negativas de otros o se sienten deficientes en cualquier atributo deseable socialmente, tanto si es de rendimiento académico como de otro tipo. Para defender su ego se van alienando de los modelos convencionales, se rebelan simbólicamente contra los estándares convencionales con otros iguales con conductas desviadas, dado que piensan que así mejoran su valía. Así pasan a utilizar sustancias cuando son fácilmente accesibles, ya que con ello rompen el valor adulto, social y normativo (Becoña, 2002).

- Modelo integrador de Elliot, Huizinga y Ageton

Dicho modelo se basa en las teorías del control social, la asociación diferencial y el aprendizaje social. Parte desde la perspectiva de la disparidad entre los recursos de los que dispone el individuo y las metas que persigue, los cuales condicionan la aparición de la conducta de consumo, donde los valores tradicionales y las conductas de imitación influyen en ellos (Citado en Laespada, 2004). Es decir, la falta de vínculos convencionales y el contacto con grupos de influencia negativa (generalmente grupos de iguales), refuerzan e incitan al consumo de sustancias, por lo que, si el individuo carece de vínculos con la familia

o con la escuela, correrá el riesgo de implicarse en grupos de riesgo y éstos serán la “causa” más directa del consumo de sustancias (Villareal, 2009).

- Modelo del control parental

Señala que las consecuencias a largo plazo de la falta de afecto por parte de los padres y/o de la falta de respeto a las normas, se reflejan en una conducta social desadaptada por parte de los hijos, es decir, en un mayor riesgo para el consumo de drogas (Lorenzo, 2009).

Como se puede observar, los modelos antes mencionados atribuyen a diversos factores el consumo de sustancias; sin embargo, resultada difícil establecer factores definitivos que influyen en el consumo de sustancias, ya que los factores que intervienen varían de acuerdo al ambiente y a las propias características del individuo. Por lo que, para explicar las posibles causas de dicha problemática es conveniente observar al individuo de manera holística e integrar la situación específica que presente, como los factores protectores y de riesgo que predominen en la vida de éste. A partir de eso se podrá establecer una pauta para el establecimiento de un diagnóstico y el patrón de consumo, así como las posibles alternativas preventivas y de tratamiento que se puedan instrumentar.

c) Modelos Psicológicos

Basados generalmente en las teorías del aprendizaje, partiendo de los postulados cognitivos y conductuales.

- Modelo de la acción razonada

Propuesto por Fishbein y Ajzen en 1975, a pesar de que no fue diseñado específicamente para explicar el consumo de sustancias, ha cobrado importancia debido a que asienta sus bases en las variables relacionadas con la cognición social. El objetivo central es la predicción de la conducta desde las actitudes del sujeto y de las normas subjetivas, mediadas por la intención conductual, en este caso la actitud hacia las drogas. Asimismo, asume que las actitudes estarán determinadas por las consecuencias negativas o positivas que se presenten y por

el valor afectivo para el individuo. En este modelo, la actitud no se considera en forma aislada, sino que está determinada por las creencias o información que tiene el individuo sobre el objeto de actitud (Villareal, 2009; Laespada, 2004; Becoña, 2002).

- Modelo social de Peele

En este modelo se señala que el consumo de sustancias se determina por el modo en el que la persona interpreta la experiencia de consumo y los efectos que obtiene de la droga, así como la respuesta emocional y fisiológica de la misma. Dicha conducta se puede presentar como consecuencia de problemas personales, familiares y sociales. Este modelo considera que la interacción de trastornos genéticos, problemas ambientales y las dificultades en el proceso de maduración personal provoca la búsqueda de adaptaciones sustitutivas como es consumo de sustancias (Sánchez, 1996; Lorenzo, 2009).

- Modelo evolutivo de Kandel

Este modelo se basa en la explicación de que el consumo de sustancias sigue pasos secuenciales, donde se comienza por el consumo de sustancias de iniciación (drogas legales, alcohol y tabaco) que sirven de elemento facilitador para el consumo posterior de drogas ilegales. Es decir, el consumo de drogas ilegales como marihuana, cocaína, heroína, entre otras, se produce de modo secuencial o evolutivo, partiendo del consumo de las drogas legales como el alcohol y el tabaco. Aunque, cabe mencionar que Kandel indicó que no es necesario que la secuencia anterior se dé en todas las personas por igual, ya que no se debe tomar en cuenta que no necesariamente el consumo de una sustancia está influenciado por el consumo de una sustancia previa, sino por otros factores como la personalidad, el estilo de vida y factores ambientales (Becoña, 2007; Becoña, 2002).

Estudios realizados por Kandel señalaron cuatro fases para el consumo de drogas legales a ilegales: 1) consumo de cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana, y 4) otras drogas ilegales. Dicha secuencia indica una secuencia

general de población estable y acumulativa. Sin embargo, se debe considerar en términos de probabilidad, no de causalidad, es decir, el uso de una sustancia previamente no implica necesariamente pasar a ser consumidor de la siguiente, por el contrario de aquellos que consumen alguna droga ilegal, habrá pocos que no hayan consumido sustancias legales (Becoña, 2002).

- Modelo basado en la afectividad de Pandina

Pandina, Jonhson y Labouvie señalaron el papel de la afectividad como un factor importante en la determinación y el control de la conducta, y resaltaron la importancia de la relación entre el afecto negativo y la vulnerabilidad al abuso de drogas. Dicho modelo asume que el sistema nervioso central se asocia con el reforzamiento positivo y negativo, el castigo y los mecanismos que controlan las conductas de aproximación, evitación y de escape. Es decir, el consumo de sustancias provoca una estimulación general de los circuitos neuronales asociados con la conducta de aproximación, así como de los circuitos asociados con el reforzamiento positivo, el negativo y el castigo (Becoña, 2002).

Por lo que, de acuerdo a lo anterior, se espera que aquellos individuos que presenten consumo de sustancias, serán los que tengan una sensibilidad especial a la estimulación que resulta de la activación cerebral provocada por el consumo. Así el alivio de dichos estados de ánimo se logrará a través del consumo de sustancias. Por lo tanto, los individuos con un perfil de alta afectividad negativa-activación serán más vulnerables para pasar de un consumo casual a otro experimental o de abuso (Becoña, 2002).

- Modelo Conductual

Este modelo parte de la teoría conductual, la cual supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene, por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y el operante. Para este enfoque, la conducta es el resultado de la adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible cambiar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos principios que explican su adquisición.

El condicionamiento clásico, es un principio de aprendizaje que se explica a partir de la existencia de dos tipos de reflejos: los incondicionados (innatos), que están formados por un estímulo incondicionado y una respuesta incondicionada y los reflejos condicionados (adquiridos), formados por un estímulo condicionado y una respuesta condicionada. El condicionamiento clásico es útil para explicar la adquisición, el mantenimiento, el tratamiento y la recaída en las adicciones. De este modo, de acuerdo con los principios asociativos del condicionamiento clásico, la respuesta condicionada a la droga aumenta, lo que hace que el deseo por la sustancia permanezca aún después de la abstinencia. Con frecuencia la respuesta incondicionada se asocia de manera muy duradera y efectiva con otros estímulos presentes en el momento del consumo. Como resultado de esta asociación, los estímulos del contexto adquieren propiedades condicionadas (estímulos condicionados), dando lugar a respuestas condicionadas. Las respuestas condicionadas son parecidas a las respuestas incondicionadas del consumo y suscitan un estado de inquietud o deseo por consumir (Llorente Del Pozo, 2008).

Por otro lado, el condicionamiento operante es un principio de aprendizaje que establece la adquisición de asociaciones entre conductas particulares y sus consecuencias. Las conductas que se aprenden por este medio cambian en función de sus consecuencias, como puede ser: obtener una consecuencia agradable (refuerzo positivo), evitar una consecuencia aversiva (refuerzo negativo) o sufrir una consecuencia negativa (castigo). De esta manera, la clase de conducta que es seguida por un reforzador se fortalece, mientras que si es seguida por un castigo, se debilita (Llorente Del Pozo, 2008).

- Modelo Cognitivo

Partiendo de la teoría cognitiva este modelo se centra en los pensamientos, las actitudes y las creencias que influyen en la conducta y, a su vez, regulan la relación entre el estímulo evocador del consumo y sus consecuencias. En este sentido, se entiende por expectativa aquella representación mental de las contingencias entre acontecimientos ambientales. Desde el punto de vista cognitivo, la conducta es flexible, interactiva y dinámica, se enfoca en los

antecedentes, pensamientos y atribuciones. De esta forma, al modificar la cognición, es posible cambiar la conducta. La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos adictivos se producen y mantienen debido principalmente a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. Hay, al menos, tres tipos de creencias adictivas presentes en las personas con abuso de sustancias: a) creencias anticipadoras: comprenden expectativas de recompensa; b) creencias orientadas hacia el alivio: suponen que el consumo acabará con un estado de malestar, y c) creencias facilitadoras o permisivas: consideran que tomar drogas es aceptable. Por lo que, el tratamiento se orienta a modificar los pensamientos y creencias erróneas de la persona y a enseñarle técnicas de autocontrol (Llorente Del Pozo, 2008).

- **Modelo Cognitivo-Conductual**

Basado en la teoría cognitivo-conductual, representa la integración de principios derivados de las teorías conductuales y cognitivas y proporciona las bases para un enfoque más incluyente y comprehensivo para tratar los trastornos por abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. Sin embargo, cabe señalar que un rango más amplio de cogniciones se encuentra incluidas en el modelo cognitivo-conductual de las que se han involucrado en las primeras versiones de la teoría cognitiva. Dentro de esta teoría se incluye un rango de cogniciones dentro de las cuales destacan, de manera importante, las atribuciones, las valoraciones, la expectativas de autoeficacia y las expectativas sobre los efectos relacionados con la sustancia psicoactiva.

- **Modelo del aprendizaje social**

Basado en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1986), sostiene que los procesos simbólicos y autorregulatorios, así como los patrones de comportamiento de los que sean figuras a imitar, estarán estrechamente relacionados con el consumo de sustancias (Lorenzo, 2009; Laespada, 2004). Es decir, cualquier comportamiento nuevo es socialmente aprendido, y se puede

explicar relacionando variables de personalidad del individuo con las del medio social en el que se desarrolla (Marín, 1974).

Esta teoría tiene como referentes subyacentes el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario. Bandura, a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en los dos tipos de condicionamientos antes citados, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta (CIJ, 2010): 1) El primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico; 2) El segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; y 3) el tercero lo constituyen los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

Para explicar, específicamente, el consumo de sustancias la teoría del aprendizaje social postula que la conducta de consumo mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo, acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo y a través de las experiencias con los efectos de la sustancia, los significados funcionales unidos a la conducta de consumo, los hábitos de consumo que se desarrollen, y la recuperación, depende del desarrollo de destrezas de enfrentamiento alternativas y un déficit en estas destrezas explicaría la conducta de consumo (CIJ, 2010).

d) Modelo biopsicosocial

Además de los modelos mencionados anteriormente es importante señalar que el modelo biopsicosocial, entiende el consumo de sustancias como el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde este postulado, el consumo de sustancias ya no sería consecuencia directa de una

disfunción orgánica ni producto de unas características patológicas de personalidad, sino el resultado de una combinación de variables relativas a la sustancia, a la persona y al medio que lo rodea (Lorenzo, 2009).

Tomando en cuenta lo anterior, el consumo de sustancias psicoactivas requiere de una intervención terapéutica, llevada a cabo, si es necesario, conjuntamente con otras disciplinas, tales como la medicina u otras, donde el individuo posee un papel activo en su recuperación. Los tratamientos psicológicos que se han desarrollado dentro de este modelo entienden la adicción como una conducta aprendida.

Desde esta perspectiva se han desarrollado numerosos programas de tratamiento, siendo aquellos elaborados dentro del paradigma cognitivo conductual, tales como la Aproximación del Reforzamiento Comunitario, de Hunt y Arzin, o el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas, de Marlatt y Gordon, los que ha recibido mayor apoyo empírico a la hora de demostrar su efectividad (Lorenzo, 2009).

Es conveniente mencionar que bajo la condición de modelo biopsicosocial, actualmente ha cobrado importancia el modelo cognitivo-conductual-motivacional, el cual integra los principios derivados de la teoría conductual, la teoría del aprendizaje social, la teoría cognitiva y la teoría de la motivación.

5.3 CAPITULO III. Importancia de la prevención y el tratamiento

Debido a la problemática actual que representa el uso, la dependencia y el consumo excesivo de sustancias psicoactivas en México, como en el resto del mundo, es necesario llevar a cabo acciones preventivas y de tratamiento para evitar o contrarrestar las consecuencias negativas que ocasiona el consumo de sustancias para la población.

Prevención

La prevención es definida como aquellas medidas que son puestas en práctica para que un problema, en este caso, la conducta de consumo, no se presente o para que se pueda retrasar su aparición. Asimismo, el conjunto de dichas acciones es conocido como programa preventivo. Estos programas pueden aplicarse en distintos ámbitos como: el escolar, el familiar, el laboral, el comunitario o con grupos en situaciones de riesgo específicas.

Los primeros programas de prevención tuvieron lugar en la década de los setenta y ochenta, se basaron, principalmente, en el modelo de influencias sociales o psicosociales, los cuales resaltaban la importancia del aprendizaje de habilidades sociales específicas. En México las acciones preventivas han ido encaminadas a elaborar programas educativos e informativos acerca del consumo de sustancias, que han tenido como base diversos enfoques teóricos y metodológicos. Dichos programas se han dirigido principalmente a sectores escolares (alumnos y maestros), así como a los padres de familia. Estas acciones han empleado, principalmente, carteles y textos de sensibilización sobre los riesgos que implica el consumo de sustancias (Carrascosa, 2007).

Gordon (1987) propuso los siguientes niveles de prevención:

- a) Prevención universal: está dirigida a la población en general (principalmente a los adolescentes), su objetivo es promover un estilo de vida sano tomando en cuenta los factores de riesgo y de protección en el consumo de sustancias.

- b) Prevención selectiva: está dirigida a subgrupos con riesgo especial de consumo; los participantes comparten factores de riesgo similares (aunque no se valora el grado de vulnerabilidad individual); las acciones de prevención están diseñadas específicamente de acuerdo a los factores de riesgo comunes; los programas se desarrollan en períodos largos con frecuencia semanal; requiere personal con formación específica; las actividades del programa pretenden fortalecer factores de protección individual.
- c) Prevención indicada: está dirigida a personas con primeros síntomas de abuso o con problemas relacionados con el consumo de sustancias; los destinatarios son seleccionados y se valoran individualmente sus situaciones de riesgo; los programas de intervención son extensos y se requiere de personal especializado con entrenamiento clínico.

Es importante mencionar que actualmente la prevención selectiva ha cobrado relevancia en el ámbito escolar dirigiéndose especialmente a la población adolescente, debido a que en esa etapa el riesgo para el consumo de sustancias es muy alto, por lo que, muchas intervenciones preventivas se realizan exclusivamente en la escuela, ya que es ahí donde hay más programas preventivos evaluados (Becoña, 2002).

Así mismo, la prevención indicada ha sido de gran importancia para el tratamiento de aquellas personas que presentan una conducta de consumo de sustancias, de las cuales la prevalencia se ha incrementado.

Actualmente, es posible establecer objetivos generales de los programas preventivos (Becoña, 2002):

- Retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias.
- Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
- Evitar la transición del consumo de sustancias al abuso o dependencia.

- Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
- Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Para que estos objetivos se lleven a cabo exitosamente es importante tomar en cuenta los factores de riesgo y de protección que influyen para que se presente o no la conducta de consumo.

Factores individuales

- a) Los factores evolutivos, se refieren, principalmente, a la serie de cambios ocurridos durante la adolescencia, caracterizada por la búsqueda de identidad personal, la necesidad de independencia y el incremento de la relación con los iguales. En dicha etapa de transición suele presentarse una "fase de oposicionismo", la cual podría favorecer conductas de riesgo para el consumo de sustancias, ya que cuando no hay una adecuada reformulación de valores, que puede favorecer la "conducta de probar", y esto puede orientarse al consumo de drogas como respuesta a la curiosidad que pueda existir frente a las mismas. Aunado al aumento de influencia por parte del grupo de pertenencia, que puede incitar al consumo de drogas por solidaridad social (Lorenzo, 2009).
- b) Factores de la personalidad, aunque no se ha determinado un patrón de personalidad común a las personas consumidoras de sustancias, sí se han podido identificar ciertos rasgos comunes, entre ellos la inmadurez afectivo-emocional, como dependencia afectiva, labilidad afectiva, baja autoestima, agresividad, egocentrismo, temor al abandono, habilidades sociales deficientes, baja tolerancia a la frustración, búsqueda de satisfacción inmediata (autocontrol) y carencia de destrezas de enfrentamiento (Lorenzo, 2009).

- c) Factores cognitivos, actitudes y valores, se ha comprobado que las creencias y actitudes positivas hacia la droga, se relacionan estrechamente con el consumo, así como la tendencia de apreciar más aquellos valores con un significado personal inmediato como el placer, el sexo, el tiempo libre, entre otros. También se ha observado que las personas que presentan consumo de sustancias practican en menor medida valores con trascendencia social a largo plazo (Maciá, 2000; Laespada, 2004).

En torno a esto, la Organización Mundial de la Salud señala que con frecuencia aparecen uno o varios de los siguientes motivos para el inicio o mantenimiento del consumo de sustancias: satisfacer la curiosidad sobre los efectos de la droga en un ámbito de escasa percepción de riesgo; adquirir la sensación de pertenecer a un grupo o ser aceptado; expresar independencia u hostilidad y rebeldía; tener experiencias emocionantes o peligrosas; adquirir un estado superior de conocimientos o capacidad creadora; conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad; escapar de algo o necesidad de evasión (Lorenzo, 2009).

Es conveniente mencionar que el consumo de sustancias psicoactivas responde, principalmente, a dos necesidades básicas, la búsqueda del placer y el rechazo del malestar.

Factores microsociales

Estos factores parten de la consideración de que cada individuo posee un entorno personal y social específico, que comprende a su familia, compañeros o a alguna otra persona importante para su vida y desarrollo. Por lo que, la influencia que el medio ejerce sobre el individuo puede favorecer o no el consumo de drogas.

- a) Familia. Las características familiares que representan un riesgo para el consumo de sustancias en sus miembros jóvenes son: inestabilidad familiar, baja cohesión familiar, carencia de disciplina y organización,

actitudes de sobreprotección, agresividad física o psicológica y modelos paternos de consumo de drogas.

Aunque por otro lado, es conveniente mencionar los factores familiares que protegen el consumo de drogas, como son: percepción afectiva filial adecuada, concordancia entre el ideal filial paterno y la conducta filiar real, adecuado establecimiento de límites y control, resolución de problemas en comunidad, toma de decisiones democrática y la capacidad de planear y compartir actividades (Lorenzo, 2009).

- b) Grupo de coetáneos. La necesidad natural del ser humano para pertenecer a un grupo provoca que éste ejerza determinada influencia sobre el individuo, a través del liderazgo predominante y la cohesión del mismo. El grado de influencia que tenga el grupo sobre el individuo dependerá de la fuerza con la que arrastre a todos sus miembros, así como el deseo del individuo por integrarse (Lorenzo, 2009; Maciá, 2000).

Factores macrosociales

Son los factores socioculturales que influyen en el individuo para que se dé la conducta de consumo. Se ha observado que los principales son la disponibilidad y la accesibilidad a la droga, aunque en la actualidad se han identificado otra serie de factores de riesgo principalmente provocados por las condiciones del medio social. Lorenzo (2009) propone algunos: los anuncios publicitarios de las drogas institucionalizadas (alcohol y tabaco), ausencia de información veraz, presión por parte de los modelos sociales, dificultades para el uso sano y formativo del tiempo libre, valores transmitidos por los sistemas educativos, condiciones laborales y problemas de convivencia familiar.

La presencia de los factores de riesgo y protección antes mencionados determinará la probabilidad de la aparición de la conducta de consumo, así, el papel de la prevención consiste en fortalecer los factores de protección y disminuir los efectos de los factores de riesgo. Es importante mencionar que las acciones

preventivas no serán las mismas para toda la población ya que las necesidades de atención varían dentro de la misma.

Tratamiento

Actualmente, en las encuestas se ha reportado que la necesidad de tratamiento entre la población es: de las personas que presentan un consumo excesivo o dañino de drogas legales, un 6.5% requiere una intervención breve de tratamiento y un 5.5% requiere de ayuda especializada. Por otro lado, para las personas que consumen drogas ilegales un 13.6% requiere una intervención indicada, un 5.2% requiere una intervención breve y un 0.6% requiere un tratamiento especializado (Patrón, 2010).

En México, desde que surgieron los primeros programas de tratamiento de las adicciones en los años setenta, la problemática se ha abordado desde múltiples enfoques teóricos y metodológicos; sin embargo, en la actualidad de acuerdo a las necesidades de intervención es necesario que los programas de intervención estén basados en la identificación de situaciones de riesgo, ser costo-eficientes, breves y con facilidad para instrumentarse en diversos escenarios (Patrón, 2010; Carrascoza, 2007)

El tratamiento, tiene como objetivo que la persona con abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, modifique su conducta de consumo, ya sea moderándola o manteniéndose abstinente. Dotando al individuo con destrezas para controlar las situaciones o circunstancias personales y ambientales que provocan el consumo, siempre y cuando la persona esté dispuesta al cambio.

Para determinar la existencia de un trastorno por abuso de sustancias, es necesario tomar en cuenta los criterios que establece el DSM-IV para dicho trastorno:

- A) Un patrón desadaptativo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los apartados siguientes dentro de un periodo de 12 meses.

1. Consumo recurrente de sustancia, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela, o en casa.
 2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
 3. Problemas legales repetidos relacionados con el consumo.
 4. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes y problemas interpersonales exacerbados por efectos de la sustancia.
- B) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios de dependencia.

Para el diagnóstico de dependencia, el DSM-IV establece lo siguiente:

- I. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento dentro de un periodo continuado de 12 meses:
 1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - i. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o efecto deseado.
 - ii. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
 2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - i. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.
 - ii. Se toma la misma sustancia (o una parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
 3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Por lo tanto, el tratamiento es un proceso que irá encaminado a modificar y reducir los síntomas y consecuencias de la dependencia o abuso de sustancias psicoactivas, a través de distintos métodos y enfoques metodológicos. Por lo que según Bobes (2003), la mayoría de los programas de tratamiento pretenden lo siguiente:

- a. Lograr un estilo de vida libre de consumo: lo cual incluye la motivación para alcanzar la moderación o abstinencia, y la adquisición de diferentes pautas de comportamiento que permitan al paciente estar alejado del consumo.
- b. Incrementar la calidad de vida del paciente: debido a las consecuencias de salud provocadas por el consumo excesivo de sustancias, las intervenciones de tratamiento, deben incluir una fase de exploración de los daños causados por el consumo.
- c. Prevención de recaídas: el objetivo crucial es ayudar a los pacientes a identificar las situaciones que para ellos representan un riesgo y que podrían provocar una recaída, por lo que, será necesario desarrollar respuestas alternativas al consumo de sustancias. Es decir, cuando suceda

una recaída el paciente debe saber como salir de la forma más rápida y eficaz.

Becoña (2002) presenta un esquema general acerca de como se lleva a cabo un modelo de tratamiento:

1. Demanda de tratamiento. Se debe analizar la demanda e intentar retener al paciente en el tratamiento. Considerando su motivación para el cambio, estadios de cambio, recursos disponibles, apoyo del medio, tratamientos previos, conocimientos de los tratamientos disponibles, tratamiento que desea, etcétera.

2. Evaluación y análisis funcional. Se requiere una evaluación que permita conocer cuales son las áreas de funcionamiento más afectadas y dónde se debe actuar primero, así como conocer las áreas dónde se deben realizar cambios a largo plazo. Con dicha información se realizará un análisis funcional de las conductas de consumo y las asociadas al mismo.

3. Tratamiento
 - Fase I: Requiere de la desintoxicación física de la sustancia.
 - Fase II: Deshabitación psicológica y dejar de realizar la conducta de consumo.
 - Fase III: Mantenimiento. Cambio del estilo de vida anterior y búsqueda de nuevas metas alternativas a la conducta de consumo.
 - Fase IV: Prevención de recaídas, requiere el entrenamiento en estrategias de enfrentamiento para mantenerse abstinentes a lo largo del tiempo.
 - Fase V: Requiere el entrenamiento en estrategias de mantenimiento de la abstinencia a largo plazo y en cómo mejorar la calidad de vida.
 - Fase VI: Aplicación de un programa de reducción de daños, únicamente si es necesario.

4. Seguimiento, tiene como objetivo conocer la evolución de la persona después de la alta terapéutica.

De acuerdo a lo anterior, cabe mencionar que las intervenciones de tratamiento desde el enfoque cognitivo-conductual, permiten obtener los resultados anteriormente mencionados. Este modelo tiene como objetivo modificar los patrones de pensamiento disfuncionales, motivar a cambios en el comportamiento y estilo de vida, así como también atender los patrones regulares del uso de drogas, cómo cambiarlos, sus consecuencias, y la motivación para regularlos (Patrón, 2010).

Dichas intervenciones de tratamiento se llevan a cabo bajo el enfoque cognitivo-conductual, que combina técnicas de condicionamiento clásico y condicionamiento operante, así como en la teoría del aprendizaje social que acentúa la importancia del moldeamiento y las expectativas cognitivas en la determinación de la conducta. Además, retoman la importancia de los pensamientos, esquemas cognitivos, creencias, actitudes y atribuciones que influyen en los sentimientos propios y su relación entre los antecedentes y presencia de determinadas conductas, tal como lo señalan las teorías y terapias cognitivas (Quiroga, 2008).

Así, la teoría conductual ubica las conductas de consumo, en una categoría de conductas inadecuadas que se adquieren y se mantienen mediante, el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados de las sustancias, y la experiencia directa con ellas, lo cual actúa como reforzador positivo, negativo o castigo (en el caso de la dependencia física). Por lo tanto, los planes de tratamiento basados en dichas teorías, tienen como objetivo modificar las respuestas del individuo a su ambiente, a través del entrenamiento en: destrezas sociales y de competencia, manejo de la ira o el enojo, búsqueda de nuevas alternativas de enfrentamiento, reconocimiento anticipado de las consecuencias de la conducta, manejo y establecimiento de metas, desarrollo de destrezas de autorregulación y autoevaluación para reflexionar acerca de las conductas,

pensamientos e ideas propias, entrenamiento en habilidades de autoeficacia, que ayuden al individuo a enfrentar situaciones específicas (Quiroga, 2008).

Por medio del entrenamiento en las destrezas señaladas, el tratamiento cognitivo-conductual pretende que el paciente identifique las situaciones en las que comúnmente consume para que así intente desarrollar formas de evitar estas situaciones.

Particularmente, el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985) es uno de los programas bajo el enfoque cognitivo-conductual que se considera de primera elección. Basado en un modelo biopsicosocial, incluye: la identificación de situaciones de riesgo para la recaída, el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento ante situaciones de riesgo, autoregistro y análisis funcional del consumo de sustancias, estrategias para afrontar el deseo intenso, los pensamientos asociados al consumo de sustancias, etc. (Secades, 2001). Sin embargo, actualmente el programa de Prevención Estructurada de Recaídas, desarrollado por Annis (1996) ha cobrado bastante importancia, debido a su efectividad en el tratamiento de personas que presentan consumo dañino de sustancias psicoactivas.

El programa PEREU es un tipo de consejo basado en la teoría del aprendizaje social, diseñado para capacitar a las personas a que logren un mayor control en el consumo de sustancias, y está dirigido a personas con un problema moderado o severo de consumo que desean un cambio en su consumo de (Quiroga y Vital 2003). Este programa está integrado por cinco componentes principales:

1. Evaluación: se realiza una evaluación completa del funcionamiento psicosocial, historia de consumo; problemas asociados y consecuencias del consumo: razones y compromiso para el cambio, y fortalezas y debilidades de enfrentamiento. Del mismo modo, se realiza una exploración detallada de los principales disparadores del consumo, un año antes de ingresar al tratamiento.

2. Entrevista motivacional: explora las razones expresadas por el paciente para cambiar su consumo, tomando en cuenta las ventajas y desventajas percibidas para el cambio, así como las fortalezas de compromiso para el mismo.
3. Plan de tratamiento individualizado: se proporciona orientación acerca de la PEREU, se realiza un acuerdo por medio de un contrato de tratamiento, se realiza una revisión por parte del paciente acerca de los disparadores de su consumo, en la que él decide una jerarquía personal de áreas de riesgo para ser empleadas durante la intervención, se establece una meta y se automonitorean los disparadores propuestos por el paciente.
4. Procedimientos del consejo para la iniciación del cambio: se centra en las estrategias de consejo que se sabe son poderosas para lograr un cambio conductual.
5. Procedimientos de consejo para el mantenimiento: se ayuda al paciente a desarrollar y fortalecer su autoeficacia para que sea capaz de enfrentarse con éxito a las situaciones de riesgo de consumo, lo cual implica la exposición gradual a éstas.

Durante la aplicación de este programa se utilizan distintos instrumentos que ayudan a identificar aspectos importantes del patrón de consumo del paciente, así como para desarrollar la intervención, los cuales consideran las siguientes áreas: autocontrol, relajación, entrenamiento en destrezas sociales, etc.

Finalmente, cabe resaltar la importancia de la prevención y el tratamiento del consumo de sustancias, ya que como se revisó a lo largo de estos capítulos, actualmente el consumo dañino de sustancias psicoactivas representa uno de los principales problemas sociales y de salud pública en México ya que con mucha frecuencia ocasiona diversos problemas asociados.

De acuerdo a lo revisado se puede observar que las acciones de la prevención y el tratamiento son de vital importancia para enfrentar el problema de consumo de sustancias en México, por lo que es necesario que se apliquen estrategias eficaces para cada uno, que produzcan resultados costo beneficio a corto o largo plazo, según sea la demanda de intervención.

6 REPORTE DE CASO ÚNICO

6.1 MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 60 años de edad, de sexo masculino, casado, con dos hijos, con un nivel de escolaridad de maestría, jubilado, habitante de la ciudad de México, y nombrado, a partir de este momento como J.M. Fue canalizado por el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” al Programa de Conductas Adictivas, ambos pertenecientes a la Facultad de Psicología de la UNAM.

El motivo por el cual J.M acudió a solicitar ayuda fue debido a que presentaba consumo excesivo de alcohol desde hacía 10 años. Refirió que inició el consumo de esta sustancia desde los 30 años de edad, con un promedio de consumo de 3 ó 4 copas estándar por ocasión. J.M mencionó que al inicio bebía únicamente los fines de semana o cuando asistía a alguna fiesta o reunión con amigos o familia. Sin embargo, señaló que desde hace 10 años el patrón de consumo se incrementó en frecuencia hasta beber casi diario 3 ó 4 copas estándar y en fines de semana hasta una botella de ron de 1 L. o más. Asimismo, mencionó que desde hacía dos años el patrón de consumo se incrementó en cantidad, ya que en este período acostumbraba beber 4 ó 5 copas estándar por ocasión o hasta una botella de ron (22 copas estándar) o más, de acuerdo a la situación en la que se encontrara. Durante el último año el consumo de J.M se mantuvo en 4 o 5 copas estándar promedio por ocasión, aumentando durante los fines de semana, donde podía llegar a consumir hasta 22 copas estándar (una botella). En dicho periodo, logró permanecer hasta tres meses sin beber, únicamente por decisión propia.

Cabe mencionar que las situaciones de riesgo que J.M identificaba como disparadores de su consumo fueron: los conflictos o discusiones con su esposa e hija, principalmente, cuando se encontraba solo en su casa; cuando se sentía triste; cuando estaba intentando moderar su consumo y cuando deseaba mitigar los síntomas de la resaca.

Los problemas asociados al consumo de alcohol de J.M, se vieron reflejados en su estado de salud, ya que debido a esto presentaba vómitos, cansancio excesivo, dolor en brazos y piernas y lagunas mentales. Cabe mencionar que dicho consumo también empeoraba su estado general de salud, ya que padecía artritis, por lo que, al beber se agudizaban los síntomas de dolor en articulaciones y extremidades.

Por otro lado, también mencionó que tenía conflictos familiares derivados de su conducta de consumo, especialmente con su esposa e hija, quienes le reclamaban por su forma de beber. Por último, comentó que el consumo excesivo de alcohol le impedía realizar actividades de interés para él como leer, escribir, caminar e ir a museos o conferencias.

J.M reportó que nunca había recibido ningún otro tratamiento para moderar o dejar definitivamente su consumo, ya que durante los meses que logró mantenerse abstinentemente, lo hizo únicamente por voluntad propia. Sin embargo, lo que lo motivó para buscar ayuda en esta ocasión fue que los conflictos con su esposa ocurrían cada vez con mayor frecuencia, además de que su desempeño personal se había visto notablemente limitado por dicha conducta, así como las afecciones a su estado de salud.

Del mismo modo, mencionó las razones que tenía para realizar un cambio en su forma de beber: mejorar la relación con su esposa, evitar los conflictos que tenía con su familia debido al consumo de alcohol, mejorar su estado de salud y volver a realizar las actividades de interés para él, que hacía anteriormente.

6.2 EVALUACIÓN

En este componente se realizó una evaluación clínica completa, la cual permitió realizar una exploración detallada de los principales disparadores para el consumo de alcohol de J.M durante el año anterior al inicio del tratamiento, así como para establecer la información de la línea base sobre la dependencia al alcohol, evaluar su disposición para el consejo del PEREU, para poder identificar las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol y sus fortalezas y debilidades de enfrentamiento.

6.2.1 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

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

La Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) (Quiroga y Vital 2003) fue desarrollada originalmente por Skinner y Allen (1982). Se compone de 25 ítems que consideran un marco de tiempo de evaluación de los últimos 12 meses y que cubre los síntomas de abstinencia, deterioro en el control del consumo de alcohol, consciencia de compulsión en el consumo de alcohol, la tolerancia al alcohol, persistencia de la conducta de búsqueda de consumo de alcohol. Asimismo, mide la ausencia de dependencia hasta dependencia severa. Estudios psicométricos indican que tiene confiabilidad test-retest de 0.92 y consistencia interna de 0.92 y validez para medir dependencia. Requiere de 10 minutos para ser contestada (Quiroga, 2008).

b) Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A)

La Línea Base Retrospectiva-Alcohol (LIBARE-A) fue traducida y adaptada por Quiroga y Vital (2003) de la versión Alcohol Timeline Followback desarrollada por Sobell y Sobell (1992). Utiliza eventos significativos dentro de un formato de calendario a fin de registrar de manera continua la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol durante un periodo establecido. Se pueden identificar periodos de recaída y servir como base para sondear las causas de ésta. Permite medir la conducta de consumo de bebidas con alcohol antes, durante y después

de un tratamiento. Se requieren de 25 a 30 minutos para hacer el estimado de un período de 12 meses de consumo de un paciente y de 10 a 15 minutos para un período de 3 meses. Presenta una confiabilidad test-retest de 0.91 (Quiroga, 2008).

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

El Inventario de Situaciones de Consumo Drogas-Alcohol (ISCD-A-50) fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003) del Inventory of Drug Taking Situation-Alcohol, desarrollado por Annis, Herie y Watkin-Merek (1996). Es un cuestionario de auto-reporte compuesto por 50 ítems, diseñado para evaluar situaciones en las que el paciente consumió excesivamente durante el año pasado. Se encuentra basado en una clasificación desarrollada por Marlatt y Gordon (1980, 1985), en donde el consumo del paciente es evaluado en relación con ocho categorías de situaciones de consumo, que son: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, prueba de control personal, deseos intensos de consumir, conflictos con otros, presión social para el consumo y momentos agradables con los demás. Cada uno de los ítems tiene una escala de 4 puntos, en donde 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = frecuentemente, 4 = casi siempre. Cuenta con una validez de contenido adecuada. Es un instrumento breve y fácil de administrar, requiere de 15 minutos para ser contestado (Quiroga, 2008).

d) Algoritmo de Compromiso para el cambio-Alcohol (ACC-A)

El Algoritmo de Compromiso para el cambio-Alcohol (ACC-A) fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003) a partir del trabajo desarrollado por Annis y sus colaboradores en 1996. Dicho instrumento es utilizado para clasificar al paciente dentro de uno de los cinco estadios de cambios basados en el Modelo de Prochaska y DiClemente. Dichos estadios son: 1) precontemplación (uso de alcohol durante los últimos 30 días y no está considerando dejarlo en los próximos 30 días); 2) contemplación (uso de alcohol durante los pasados 30 días pero está considerando dejarlo en los próximos 30 días); 3) preparación (uso de alcohol

durante los pasados 30 días, pero llevó a cabo por lo menos un intento de 11 días de abstinencia continua para dejarla en los últimos 30 días); 4) acción (mantenerse continuamente abstinentes durante los 30 días previos); y 5) mantenimiento (mantenerse continuamente abstinentes 60 días o más).

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

El Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD-50) fue traducido y adaptado del Drug-Taking Confidence Questionnaire-Alcohol, desarrollado por Annis y colaboradores en 1996. Es un cuestionario de autorreporte compuesto de 50 ítems que evalúan el concepto de autoeficacia de Bandura, en relación con la percepción del paciente sobre su habilidad para enfrentar situaciones de riesgo eficazmente. El paciente responde a una serie de situaciones derivadas del trabajo de Marlatt y Gordon (1980) donde indica para cada situación, en una escala de seis puntos (en un rango de, 0= sin confianza; 20= 20% confiado; 40= 40% confiado; 60=60% confiado; 80= 80% confiado; 100= muy confiado) qué tan confiado se encuentra de ser capaz de resistir la urgencia de consumir excesivamente en cada situación. Las respuestas obtenidas a través de este instrumento permiten monitorear el desarrollo de la autoeficacia del paciente en relación con el enfrentamiento de las situaciones de consumo a lo largo del tratamiento (Quiroga, 2008).

6.2.2 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN POR INSTRUMENTO

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

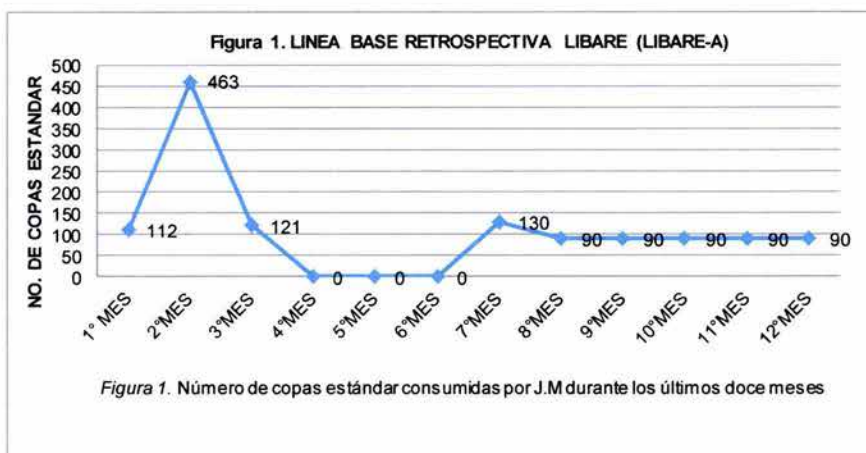
En dicha escala, el paciente obtuvo un puntaje de 22 puntos, lo que corresponde al tercer cuartil e indica un nivel de dependencia sustancial.

PUNTAJE	NIVEL DE DEPENDENCIA	CUARTIL
0	No hay evidencia de dependencia	
1-13	Nivel de dependencia leve o baja	1° cuartil
14-21	Nivel de dependencia moderada	2° cuartil
22-30	Nivel de dependencia sustancial	3° cuartil
31-50	Nivel de dependencia severo	4° cuartil

Nota: El puntaje sombreado indica el nivel de dependencia obtenido por J.M en la EDA-25

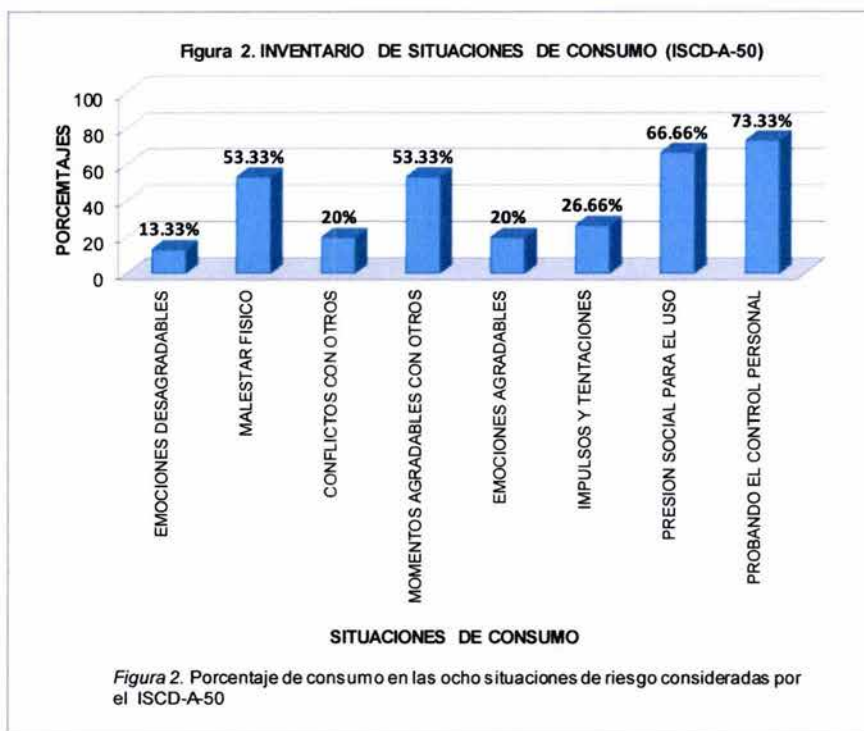
b) Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A)

Los resultados obtenidos por medio de este instrumento, mostraron que el promedio mensual de consumo de copas estándar de J.M fue de 98.83; el promedio semanal fue de 22.08 copas; el promedio por ocasión fue de 7.4 copas; el promedio anual fue de 1183 copas.



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

Los resultados obtenidos a través de este instrumento indicaron que las 4 principales situaciones de consumo de J.M para el consumo de alcohol, fueron: 1) probando el control personal (73.33%), 2) presión social para el uso (66.66%), 3) malestar físico (53.33%), y 4) momentos agradables con otros (53.33%).

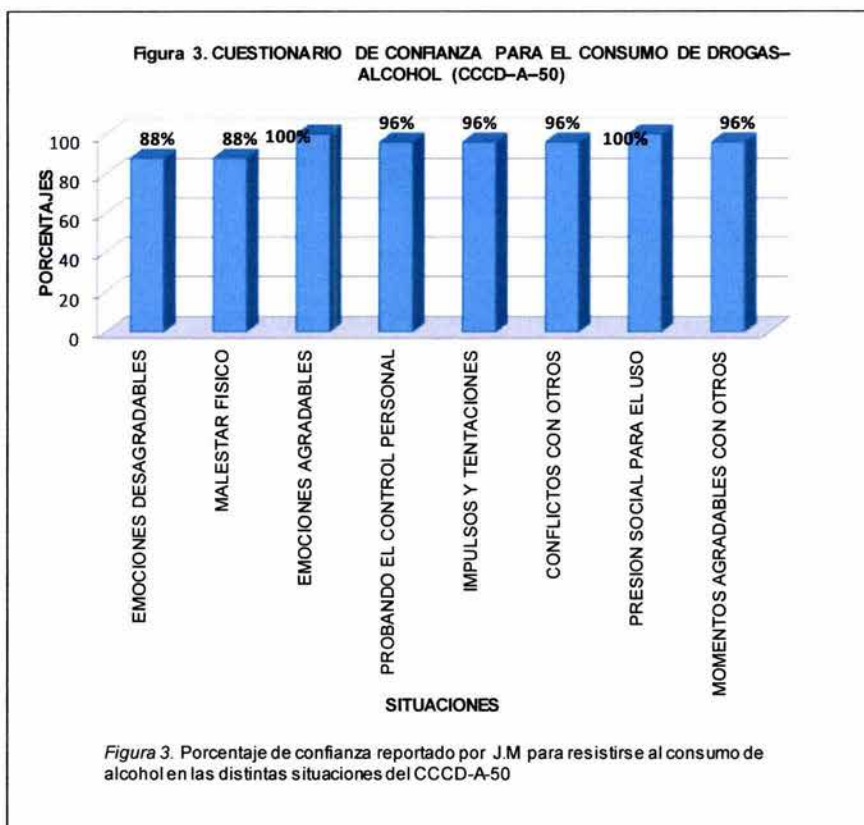


e) Algoritmo de Compromiso para el proceso de Cambio

J.M se encontraba en el estadio de **contemplación**, lo cual indica que durante los últimos 30 días había bebido constantemente. Sin embargo, estaba considerando dejar o moderar su consumo.

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

En la figura 3, se presentan los porcentajes de confianza situacional reportados por J.M para resistirse al consumo de alcohol. Emociones desagradables y malestar físico obtuvieron le menor porcentaje (88%), con respecto al resto de las situaciones; probando el control personal, impulsos y tentaciones, conflictos con otros y momentos agradables con otros, presentaron un porcentaje de 96%; por último emociones agradables y presión para el uso presentó un nivel de confianza del 100%.



6.3 DEBILIDADES Y FORTALEZAS DEL PACIENTE

Las fortalezas con las que contaba el paciente en el momento de acudir a este tratamiento fueron: un fuerte compromiso por dejar de beber, mostrando interés en realizar cada una de las tareas que se le asignaban; participando activamente en cada sesión; así como un claro conocimiento de las consecuencias negativas que le ocasionaba el consumo de alcohol, en su estado emocional y de salud; y el apoyo de su familia. En cuanto a las debilidades que presentaba, se pudo observar que J.M, ocasionalmente, experimentaba emociones desagradables, tristeza o culpa, por la situación que vivía en ese momento de su vida, lo cual podía desencadenar en algún momento la conducta de consumo.

6.4 TRATAMIENTO

Una vez realizada evaluación fue posible observar que J.M cumplía con los criterios de inclusión para recibir el tratamiento PEREU, ya que la evaluación efectuada indicó que presentaba 23 puntos en la escala de dependencia al alcohol, lo cual pertenece a un nivel de dependencia sustancial, además de una historia de consumo excesivo en los últimos 10 años, de los cuales en los últimos 2 años el consumo había manifestado con un patrón de consumo de más de 5 copas estándar diarias, ocasionándole problemas familiares, de salud y personales.

De acuerdo al perfil de J.M, obtenido en la evaluación, se estableció su plan de tratamiento individualizado con los cinco componentes del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas; 1) Evaluación; 2) Entrevista Motivacional; 3) Plan de tratamiento individualizado; 4) Fase de iniciación al cambio; 5) Fase de mantenimiento del cambio (ver tabla 2).

Tabla 2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS

COMPONENTE	CONTENIDO
1. Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Patrón de consumo de alcohol. • Historia de consumo y problemas asociados. • Funcionamiento psicosocial. • Razones y compromiso para el cambio. • Fortalezas y debilidades de enfrentamiento. • Identificación de los disparadores del consumo de alcohol para el paciente.
2. Entrevista Motivacional	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una retroalimentación personalizada de los resultados obtenidos en la evaluación. • Aplicar el ejercicio de Balance Decisional para identificar las razones de J.M para cambiar su consumo de alcohol, así como las ventajas y desventajas del mismo, con el fin de incrementar la motivación para el cambio.
3. Plan de Tratamiento individualizado	<ul style="list-style-type: none"> • Una explicación acerca del tratamiento del PEREU. • Explicación del contrato de tratamiento y firma por parte del paciente y el terapeuta. • Revisión de los principales disparadores de consumo obtenidos en la evaluación, los cuales J.M jerarquizó para utilizarlos durante el tratamiento. • Explicación del formato de automonitoreo diario con un ejemplo, para ser realizado como una tarea durante todo el tratamiento.
4. Iniciación del Cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar y anticipar las situaciones de riesgo y los disparadores para el consumo de alcohol. • Establecer la meta semanal y elaborar planes para anticiparse a las posibles situaciones de riesgo. • Dar una explicación acerca del análisis funcional y realizar el ejercicio para identificar los antecedentes y consecuencias del consumo de alcohol. • Realización de Automonitoreo. • Explicación de las destrezas de enfrentamiento. • Aplicación y explicación del cuestionario de confianza.
5. Mantenimiento del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición del paciente a situaciones de riesgo y elaboración de planes que permitan anticiparse a éstas. • Promover en el paciente el uso de las nuevas destrezas de enfrentamiento presentadas en la fase de iniciación. • Cierre terapéutico.

6.4.1 DESARROLLO DEL TRATAMIENTO POR SESIONES

6.4.1.1 SESIÓN 1. EVALUACIÓN

La sesión inició con el establecimiento del rapport y el encuadre terapéutico, se le explicó al paciente que en esta sesión se aplicarían una serie de instrumentos de evaluación que permitirían obtener información importante acerca de su conducta de consumo, problemas asociados, motivación para el cambio e índice de dependencia. Para esto, se retomó el motivo de consulta y se aplicaron los instrumentos con el fin de obtener información acerca del funcionamiento psicosocial de J.M, su historia de consumo, su nivel de dependencia al alcohol, identificar las situaciones que dispararon su consumo en los últimos 12 meses, establecimiento del estadio de disposición al cambio y obtener el patrón de consumo que presentaba. Finalmente, se le comentó a J.M que dicha evaluación permitiría obtener la información necesaria para estructurar el plan tratamiento individualizado que se le elaboraría consecuentemente.

6.4.1.2 SESIÓN 2. ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La sesión inició saludando al paciente y preguntándole que tal le había ido durante la semana, con el fin de establecer el rapport, en respuesta a esto J.M comentó que había dejado de beber al inicio de la semana y había logrado permanecer sin consumir durante todos los días la semana, en seguida, se elogió dicho logro y se le preguntó que había hecho para lograr lo anterior. J.M argumentó que las consecuencias negativas que ocasionaba el consumo a su estado de salud y a la relación con su familia, se agudizaban cada vez más, por lo que había decidido dejar de beber para que, posteriormente, con ayuda de este tratamiento lograr totalmente la abstinencia. Mencionó que se apoyó en su familia e intentó distraerse con actividades dentro de su casa, como leer y escribir en la computadora, dichas acciones se reforzaron positivamente comentándole que fue una buena elección para evitar el consumo.

En seguida, se estableció el encuadre terapéutico que consistió en la presentación de la retroalimentación personalizada con base en los resultados

obtenidos durante la etapa de evaluación, y la realización del Balance Decisional. En seguida, se revisaron dichos resultados, los cuales incluían el patrón de consumo, el nivel de dependencia al alcohol, el nivel de disposición al cambio en el que se encontraba y las situaciones de riesgo que constituían un disparador para su consumo de alcohol. Con respecto a esto el paciente mencionó que estaba de acuerdo con los resultados obtenidos y que los disparadores del consumo que se habían identificado coincidían con las situaciones en las que había consumido con más frecuencia. Posteriormente, se realizó el balance decisional, obteniendo lo siguiente:

Tabla 3. BALANCE DECISIONAL	
CAMBIAR SU INGESTA DE ALCOHOL	
QUE HAY DE BUENO en cambiar mi consumo	QUE NO HAY DE BUENO en cambiar mi consumo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estar mejorando mi salud. 2. Mantenerme consciente de mi vida. 3. El no tener problemas con mi familia. 4. Me posibilita un trabajo más productivo. 5. Me ayuda a mejorar mis lecturas. 	Nada
CONTINUAR CON SU INGESTA ACTUAL DE ALCOHOL	
QUE HAY DE BUENO en continuar mi consumo	QUE NO HAY DE BUENO en continuar mi consumo
Nada	<ol style="list-style-type: none"> 1. El deteriorar mi salud. 2. Sentirme más deprimido y triste. 3. Tener problemas con mi familia. 4. Llegar a la embriaguez y decir incoherencias. 5. Perder muchas capacidades y actividades personales.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. 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.

En el ejercicio del balance decisional el paciente reiteró y aumentó su disposición y compromiso al cambio, ya que logró identificar claramente que obtenía mayores beneficios al cambiar su ingesta de alcohol que al continuar con ésta, lo cual fortaleció su motivación hacia dejar de beber, por lo que resultaba altamente probable que llegaría a su meta de abstinencia con éxito. Durante este ejercicio el paciente también confirmó las razones que tenía para cambiar, entre éstas destacó nuevamente la importancia de mejorar su estado de salud, mejorar

la relación con su familia y retomar actividades de su desarrollo personal. Finalmente, J.M comentó que deseaba continuar sin consumir durante la semana siguiente y que recordaría las consecuencias negativas de beber y los beneficios de permanecer sin hacerlo. También resaltó los daños físicos que experimentaba debido al consumo. Y con respecto a esto se le motivó a que continuara sin consumir y se le explicaron los principales daños físicos que ocasiona el consumo excesivo de alcohol.

6.4.1.3 SESIÓN 3. PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO

El inicio de la sesión tuvo lugar con el establecimiento del rapport y el encuadre terapéutico, por lo que, se le explicó al paciente que la sesión consistiría en el establecimiento del plan de tratamiento individualizado, la firma del "contrato de tratamiento individualizado" y la aplicación del "formato de identificación de situaciones de uso problemático de sustancias".

Al preguntársele como le había ido durante la semana, J.M comentó que nuevamente había logrado permanecer sin consumir durante toda la semana y expresó que se había apoyado en su familia y que recordaba constantemente las consecuencias negativas que le ocasionaba el consumo. Con respecto a esto se reconoció dicho logro y se le preguntó si había notado alguna consecuencia positiva al haber permanecido sin consumir, a lo que J.M mencionó que había notado una mejoría en su estado físico, principalmente, lo que lo motivaba bastante a continuar sin el consumo.

Después de esto, se le elaboró con el paciente el plan de tratamiento individualizado para su caso, el cual consistía en la aplicación del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU) y se le dió una explicación acerca de la duración de dicho programa y los componentes que lo integraban. Asimismo, se le mencionó que durante la intervención, se realizarían diferentes actividades como el automonitoreo diario, los planes semanales y otros, siendo algunos de ellos tareas para la casa.

Del mismo modo, se le explicó, de forma general, en que consistía el enfoque terapéutico de dicho programa, es decir, que se basa en el análisis de la interacción entre la conducta, las emociones y los pensamientos que influyen en la conducta de consumo de sustancias. En seguida, se realizó la firma del “contrato de tratamiento individualizado” y se le explicó al paciente el objetivo y la importancia del mismo, para él y el terapeuta.

Posteriormente, se llevó a cabo la identificación de situaciones de consumo, que consistió en analizar detalladamente las tres situaciones de riesgo en las que se presentaba con mayor frecuencia el consumo de J.M. La aplicación de dicho formato tuvo como objetivo recabar información importante acerca de esas situaciones.

Tabla 4. IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

PARTE 1

Las situaciones que han disparado mi uso de sustancia durante el último año son:

1. **Emociones desagradables** (por ejemplo, cuando yo estaba enojado, frustrado, aburrido, triste o ansioso).
2. **Impulsos y tentaciones para el uso** (por ejemplo, cuando camine frente a un bar o vi algo que me recordó el alcohol).
3. **Conflicto con otros** (por ejemplo, cuando estaba discutiendo o no me estaba llevando bien con alguien).

En términos de mi frecuencia del problema de consumo de alcohol, jerarquizaría las situaciones disparadoras que circulé anteriormente de la siguiente manera:

1. **El problema más frecuente:** Cuando estaba solo.
2. **La siguiente más frecuente:** Cuando tenía problemas con mi familia.
3. **La siguiente más frecuente:** Cuando me reunía con los amigos.

PARTE 2

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

Rango 1

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

Antes de usar:

¿Dónde estaba? *En mi casa*

¿Estaba alguien más presente? *Nadie*

¿Estaban otros bebiendo? *No*

¿Cómo se estaba sintiendo? *Triste*

¿Qué estaba pensando? *Los conflictos en mi familia y económicos*

Describe lo que pasó para que su consumo se disparara: *Pensé, yo estoy solo, voy a beber*
¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir? *Pensar en las consecuencias negativas de beber*

Rango 2

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

Antes de usar:

¿Dónde estaba? *En mi casa de Veracruz*

¿Estaba alguien más presente? *Esposa*

¿Estaban otros bebiendo? *Nadie*

¿Cómo se estaba sintiendo? *Muy nervioso con temblores y dolores en el cuerpo*

¿Qué estaba pensando? *Pensé en la discusión que acababa de tener con mi esposa y pensé en comprar vino para quitarme los dolores del cuerpo y los nervios*

Describe lo que pasó para que su consumo se disparara: *El conflicto que pasó y mediar mi situación física*

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir? *Salir a caminar y platicar con un amigo*

Rango 3

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

Antes de usar:

¿Dónde estaba? *En una oficina*

¿Estaba alguien más presente? *Todos mis amigos*

¿Estaban otros bebiendo? *No*

¿Cómo se estaba sintiendo? *Con ansiedad de empezar a beber*

¿Qué estaba pensando? *El llegar bien a mi casa*

Describe lo que pasó para que su consumo se disparara: *El sentirme agradable y platicar de diversos temas*

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir? *No ir con mis amigos*

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Una vez descritas las tres situaciones disparadoras del consumo, se le explicó a J.M que era importante analizar las características principales de cada una de ellas, ya que la conducta de consumo generalmente se puede asociar a algunos eventos o situaciones frecuentes, en este caso son las tres situaciones antes descritas, las que se encuentran estrechamente asociadas a la conducta de consumo. Así mismo, las expectativas que se tienen con respecto a la conducta de consumo refuerzan la aparición de dicha conducta en situaciones futuras.

Posteriormente, con base en la información recabada en el ejercicio anterior, se propuso al paciente un plan de tratamiento en el que se incluían las siguientes destrezas:

Tabla 5. Plan de Tratamiento Individualizado (DESTREZAS)

Enfrentamiento de los deseos intensos
Solución de problemas
Rechazo de alcohol u otra droga
Asertividad

También, se revisó la lista checable de destrezas de enfrentamiento, donde se le presentaron al paciente otras destrezas que podrían ser revisadas durante el tratamiento. J.M indicó que además de las destrezas que se le habían propuesto deseaba revisar, asertividad. J.M mencionó que deseaba revisarla, ya que, había notado, que le costaba trabajo expresar sus ideas y emociones de forma efectiva, por lo que se consideró conveniente su revisión.

Posteriormente, se le recomendó al paciente que evitara las situaciones que ha identificado como disparadoras del consumo, y en la medida que fuera posible aquellos lugares o personas que pudieran disparar el consumo, ya que en la primera fase del tratamiento la evitación de dichas situaciones era lo principal, debido a que aun no cuenta con las destrezas para enfrentar una situación de riesgo de forma efectiva.

Finalmente, se le explicó al paciente el formato de automonitoreo diario, el cual se realizaba con el fin de monitorear las posibles situaciones de riesgo e identificar las asociaciones existentes entre ésta y otros factores, como, lugares, personas, emociones, hora del día, etc. Así como, lo que se hacía para enfrentarlas.

En seguida, practicó un ejemplo para resolver sus dudas y para orientarlo en como llenarlo, se le pidió que día con día realizara el monitoreo de su conducta de consumo y que trajera el formato para la siguiente sesión.

Finalmente, se acordó la fecha de la siguiente sesión y se le pidió a J.M que trajera el formato de automonitoreo para la siguiente sesión.

6.4.1.4 SESIÓN 4. FASE DE INICIACIÓN DEL CAMBIO

La sesión se inició estableciendo el rapport con el paciente y mencionándole en qué consistiría el encuadre terapéutico, por lo que se le mencionó a J.M que durante la presente sesión se revisaría el “Formato de Automonitoreo Diario” realizado durante la semana, la aplicación del “Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas”, la realización de la “Forma del Análisis Funcional” y el establecimiento del “Plan Semanal”.

En primer lugar, se realizó la aplicación del “Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas”. Después de esto, se dió inicio a la revisión del formato de automonitoreo correspondiente a la sesión del 16 al 22 de marzo de 2012, dónde se pudo observar que, durante toda la semana, permaneció abstinentes y únicamente un día presentó el deseo de beber, el cual mitigó recordando las consecuencias negativas del consumo.

Tabla 6. FORMATO DE AUTOMONITOREO

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	Fui al CCH Vallejo a platicar con algunos amigos sobre problemas académicos y sociales. En momentos pensaba en cuando bebía.	Pensé en las consecuencias negativas de beber y los daños a mi salud y mi persona. Leer, revisar internet, salir a las calles.	Abstinencia
Martes	Estaba solo en mi casa, me sentía aburrido y pensaba en que deseaba hacer algo.	Sali a la calle con mi compañera y después descansé en mi casa.	Abstinencia
Miércoles	Estaba en mi casa solo, pensé en ir a buscar a algunos amigos para distraerme un rato.	Fui a CCH Vallejo a dialogar sobre política con amigos.	Abstinencia
Jueves	Durante la mañana estaba en mi casa con mi esposa, pensé en las actividades que tenía que realizar.	Fui a repartir propaganda al mercado.	Abstinencia
Viernes	En mi casa a las 4pm. Estaba con mi compañera. Pensé en beber.	Recordé las consecuencias negativas de consumir alcohol, decidí distraerme revisando internet y leyendo.	Abstinencia
Sábado	Fui al médico con mi esposa. Tuve reunión con mi comité de trabajo.	Me concentré en mis actividades.	Abstinencia
Domingo	Estuve la mayor parte del día en mi casa, en compañía de mi familia.	Descansé, vi tv y platicamos	Abstinencia

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Durante la revisión de este formato J.M comentó que no se habían presentado situaciones disparadoras del consumo debido a que había se había mantenido ocupado en distintas actividades durante toda la semana, además de que al experimentar mal estado de salud ocasionado por el consumo de alcohol reafirmaba su decisión de mantenerse abstinente.

A continuación, se le explicó la “Forma de Análisis Funcional”, antes de iniciar con el ejercicio se agregó una explicación acerca de los factores que componen una conducta, se le explicó que existen antecedentes que disparan la conducta de consumo, y que genera consecuencias positivas o negativas. Durante la realización del ejercicio anterior J.M comentó que lograba identificar claramente los antecedentes de su conducta de consumo de alcohol, incluso mencionó varias situaciones parecidas en las que había bebido cuando se presentaban los mismos antecedentes.

Tabla 7. ANÁLISIS FUNCIONAL		
A ANTECEDENTES	B CONDUCTA	C CONSECUENCIAS
Tuve una discusión con mi pareja	Tome 20 copas de ron	Olvidé un rato la discusión pero no resolví el problema, y tuve malestares físicos y emocionales.
Me sentía solo y pensaba que no podía resolver ninguno de mis problemas (económicos o con mi pareja), y me sentía físicamente mal.	Tomé 20 copas de ron	Me sentí unas horas bien pero después regresó mi malestar físico y emocional.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Posteriormente, se estableció el “Plan Semanal de la Fase de Iniciación”, donde, en primer lugar, se le pidió al paciente que estableciera una meta semanal, así como el nivel de confianza que tenía para lograr dicha meta. Después se le pidió que mencionara las posibles situaciones disparadoras del consumo que se pudieran presentar, y se obtuvo lo siguiente:

Tabla 8. PLAN SEMANAL-FASE DE INICIACIÓN

<p>Meta: <i>Mantener la abstinencia</i> Confianza para lograr la meta: 80% ¿Por qué ese nivel de confianza? <i>Aunque me siento decidido a no beber, en ocasiones se me antoja una copa.</i></p>	
<p>Describa los disparadores de uso de sustancia que es probable que se surjan durante la próxima semana.</p>	<p>Describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted este preparado para llevarlas a cabo.</p>
<p>Posibles conflictos con mi esposa o con mi hija ocasionados por problemas económicos o reclamos hacia mí, esto tal vez me ocasione deseos de beber.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interrumpir la discusión ✓ Evitar situaciones que provoquen la discusión. ✓ Pensar en las consecuencias negativas que me ocasiona beber. ✓ Distraerme leyendo libros, saliendo a caminar, platicar con mis hermanos o mi cuñada.
<p>Estar solo en mi casa por las mañanas, sentirme triste o abrumado, probablemente piense en beber una copa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Distraerme leyendo libros, saliendo a caminar, platicar con mis hermanos. ✓ Pensar en las consecuencias a mi estado de salud. ✓ Realizar alguna actividad fuera de mi casa.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Al final del ejercicio anterior se recomendó al paciente que realizará el plan semanal en el caso de que se presentaran los disparadores del consumo, además se le pidió que continuara con el "Formato de Automonitoreo Diario" durante la semana siguiente.

6.4.1.5 SESIÓN 5

La sesión inició con el establecimiento del rapport y el encuadre terapéutico por lo que se le informó al paciente que en ésta sesión se revisaría "Formato de Automonitoreo Diario", se establecería el siguiente "Plan Semanal" y se revisaría la destreza de enfrentamiento de deseos intensos. Al inicio de la sesión también se le preguntó al paciente como le había ido con su meta y plan semanal anterior, él comentó que logró llevar a cabo su meta y enfrentar efectivamente las situaciones descritas en el plan semanal, por lo que se elogió a J.M felicitándolo por su esfuerzo y las acciones realizadas para llevar a cabo la meta y el plan semanal.

En seguida se revisó el "Formato de Automonitoreo Diario" de la semana correspondiente de la semana del 23 al 29 de marzo de 2012, donde se pudo observar lo siguiente:

Tabla 9. FORMATO DE AUTOMONITOREO			
Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	Fui a CCH Vallejo por la mañana a grabar algunos videos con compañeros e integrantes de mi comité.	Me concentré en mis actividades	Abstinencia
Martes	Estaba en mi casa con mi esposa y comentamos actividades pendientes que se tenían que realizar como pagar agua y luz.	Fui a pagar agua y luz	Abstinencia
Miércoles	Estaba en mi casa, decidí salir a revisar algunos tramites que tenía que realizar	Fui a Tlalpan a informarme sobre el testamento.	Abstinencia
Jueves	Acompañé a mi esposa a pagar el predio		Abstinencia
Viernes	Por la mañana tuve una reunión con los compañeros de mi comité. Después estuve en compañía de mi esposa leyendo y descansando.	Me concentré en mis actividades, pensé en las consecuencias positivas de permanecer sin beber	Abstinencia
Sábado	Fue el cumpleaños de mi hija y sus amigos y ella estuvieron tomando cerveza en la casa.	Permanecí un rato en la reunión y después me retiré a descansar, pensé en que era normal que me sintiera inquieto al ver una cerveza, y me dije a mí mismo que no deseaba beber, recordé las consecuencias negativas que me ocasionaba.	Abstinencia
Domingo	Estuve la mayor parte del día en compañía de mi esposa y mi hija descansando y platicando con ellas		Abstinencia

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Con respecto a lo anterior se reforzó positivamente el logro de J.M de permanecer abstinentemente ante la situación de riesgo que había experimentado, también se resaltó la importancia de evitar las situaciones de riesgo durante ésta primera fase de tratamiento, así como de recordar su meta semanal e incrementar el apoyo de sus hermanos o las personas en las que podría buscar ayuda.

En seguida se estableció el plan semanal, en el cual se obtuvo lo siguiente:

Tabla 10. PLAN SEMANAL-FASE DE INICIACIÓN	
Meta: <i>Mantener la abstinencia y realizar otras actividades</i> Confianza para lograr la meta: 80% ¿Por qué ese nivel de confianza? <i>Porque aun no me siento totalmente seguro para resistirme a beber, y en ocasiones me pongo nervioso al evitarlo.</i>	
Describa los disparadores de uso de sustancia que es probable que se surjan durante la próxima semana.	Describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted este preparado para llevarlas a cabo.
Estar solo en mi casa por las mañanas, sin realizar ninguna actividad, tal vez se me antoje beber una copa.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Buscar compañía de mi familia o amigos ✓ Pensar en las consecuencias negativas de beber, así como en los beneficios de permanecer sobrio (destreza de enfrentamiento de los deseos intensos) ✓ Realizar otras actividades en mi casa, como leer, revisar internet o escribir.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Durante esta actividad J.M expresó que durante la siguiente semana, además de mantenerse en abstinencia, deseaba realizar otras actividades que lo mantuvieran activo dónde se sintiera productivo, por lo que, mencionó que se había integrado a un trabajo temporal donde se trabajaba, principalmente en equipo, y planeaba involucrarse más en eso. Con respecto a esto se reforzó positivamente su decisión, y se le explicó que incorporar nuevas actividades a su vida era una buena decisión ya que favorecían y apoyaban su meta de tratamiento.

Al término de la revisión del "Plan Semanal", se revisó la destreza de enfrentamiento de los deseos intensos con el objetivo de ayudar al paciente a identificar el deseo de consumir y proporcionarle sugerencias para manejarlo de forma efectiva, lo que le permitirá anticiparse a las consecuencias negativas que se pudieran presentar cuando experimente el deseo de consumir. En dicho ejercicio se obtuvo lo siguiente:

Tabla 11. ENFRENTAMIENTO DE LOS DESEOS INTENSOS

<p>Ejercicio práctico: Ahora nos gustaría que usted propusiera su propio plan para tratar con los impulsos y las tentaciones del uso. Sea específico.</p>
<p>Describa una situación reciente de alto riesgo que experimentó y que lo llevó a un deseo intenso: Estuve en la fiesta de cumpleaños de mi hija, ella y sus amigos estuvieron tomando cerveza en la casa, mi esposa y yo estuvimos un rato con ella.</p>
<p>Usando el ejemplo anterior, planea formas para manejar los impulsos y tentaciones para usar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alejarme del círculo de personas que están bebiendo. ✓ Pensar en las consecuencias negativas de consumir. ✓ Realizar otra actividad cuando se presente esa situación, como platicar y comer o beber otra cosa. ✓ Pensar en los beneficios de permanecer sobrio y recordar mi meta semanal.
<p>¿En quién va a buscar apoyo? En mis hermanos, mi cuñada y mi esposa, que me apoyarían brindándome su compañía y conviviendo con migo, platicando o realizando otra actividad.</p>
<p>¿Qué piensa hacer para distraerse?</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Salir a caminar ✓ Ir al mercado ✓ Leer el periódico ✓ Ver las noticias en la tv o escuchar el radio. ✓ Realizar las actividades de trabajo con mi comité ✓ Visitar a amigos o compañeros para dialogar sobre política o temas de nuestro interés.
<p>¿Qué mensajes (autodeclaraciones positivas) se proporcionará? "Dejar de beber para estar emocional física socialmente bien" "No deseo beber en este momento" "Es normal que sienta un deseo leve de beber"</p>
<p>¿Qué más puede hacer en esta situación? Mantenerme ocupado platicando, no aceptar invitaciones para beber, comer o beber otra cosa.</p>

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Durante este ejercicio J.M identificó su deseo de consumir alcohol como **leve**, a partir de un continuo desde leve, moderado, hasta grave. Este nivel de deseo indica que el paciente experimenta únicamente pensamientos fugaces relacionados con el consumo de alcohol, sin llegar a presentar fuertes impulsos de consumo. J.M mencionó que experimentó dichos pensamientos cuando otras personas hablaron acerca del consumo de alcohol o cuando otras personas se encontraban bebiendo cerca de él.

Para el cierre de la sesión se acordó con el paciente la fecha de la siguiente sesión y se le pidió que recordara completar el "Formato de Automonitoreo Diario" correspondiente a la semanal y llevar a cabo su "Plan Semanal".

6.4.1.6 SESIÓN 6

La sesión empezó saludando al paciente y estableciendo el rapport, se le preguntó a J.M como le había ido con la meta y el plan semanal, el paciente respondió que logró cumplir su meta sin ningún problema, incluso mencionó que se había sentido tranquilo y concentrado en sus actividades. En seguida, se estableció el encuadre terapéutico y se le comentó que las actividades a realizar en esta sesión eran la revisión del "Formato de Automonitoreo Diario", el establecimiento de "Plan Semanal" y la revisión de la destreza de enfrentamiento de solución de problemas.

Después de esto se hizo la revisión del "Formato de Automonitoreo Diario" correspondiente a la semana del 6 al 13 de abril del 2012 en el cual se pudo observar lo siguiente:

Tabla 12. FORMATO DE AUTOMONITOREO			
Fecha	Situación	Qué hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	Estaba con mi esposa y mi hijo en mi casa, me sentía un poco aburrido.	Salí a practicar basquetbol con mi hijo	Abstinencia
Martes	Por la tarde, estaba solo en mi casa, me sentía interesado en retomar actividades pasadas.	Retomé algunas lecturas y revisé internet para completar un artículo pendiente en mi comité de trabajo.	Abstinencia
Miércoles	Estuve en mi casa con mi compañera, realizando quehaceres de la casa.		Abstinencia
Jueves	Estuve en mi casa con mi compañera, platicué con ella y compartimos la tarde.		Abstinencia
Viernes	Estaba solo en mi casa, pensé en los días en los que bebía, pensé en el daño que me había causado, me sentía bien al no beber en ese momento, no sentía deseos de beber.	Salí a caminar y pasear, pensé que deseaba mantener la abstinencia y en las consecuencias positivas de permanecer sin beber	Abstinencia

Sábado	Estaba solo en mi casa, me sentía solo.	Fui a visitar a mi hermano y mi cuñada	Abstinencia
Domingo	Fui a Chapultepec con mi familia, pensé en los días que bebía.	Recordé las consecuencias negativas a mi vida que me ocasionaba beber, disfrute de la convivencia con mi familia.	Abstinencia

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. 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.

Al revisar el formato anterior, J.M comentó que en las ocasiones en las que experimentó una situación de riesgo, no sintió deseos de beber; sin embargo recordó constantemente los días en los que bebía demasiado y en las consecuencias negativas de hacerlo, por lo que, decidió realizar otra actividad para distraerse y manejar dichos pensamientos de otra forma. Con respecto a esto se le mencionó que realizar una actividad que no se relacionara con el consumo fue una buena decisión, así como buscar apoyo en su familia.

Después de esto se completó el formato del "Plan Semanal" junto con el paciente, en el cual se estableció lo siguiente:

Tabla 13. PLAN SEMANAL-FASE DE INICIACIÓN

Meta: Mantener la abstinencia e inscribirme a un curso de natación	
Confianza para lograr la meta: 100%	
¿Por qué ese nivel de confianza? Porque no tengo deseos de beber, sé las consecuencias negativas que me ocasionaría para mi salud y mi persona y puedo manejar mis problemas de otra forma.	
Describe los disparadores de uso de sustancia que es probable que se surjan durante la próxima semana.	Describe diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted este preparado para llevarlas a cabo.
Reunirme con compañeros de trabajo para realizar juntas informativas. Posiblemente me inviten una cerveza durante la comida y tal vez se me antoje el sabor de una copa.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rechazar la bebida. ✓ Decirles que no deseo beber y que vengo a trabajar. ✓ Utilizar la destreza de manejo de los deseos intensos. ✓ Pensar en el objetivo de la reunión y platicar ✓ Beber otra cosa, comer algo ✓ Pensar en las consecuencias negativas de beber.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. 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.

Durante este ejercicio el paciente comentó que no tenía prevista ninguna situación que pudiera representar riesgo de consumir; sin embargo, mencionó que por lo general, cuando se reúne con su equipo de trabajo, algunos integrantes acostumbran beber durante la comida y pudieran invitarle en alguna ocasión.

Posteriormente, se revisó la destreza de enfrentamiento de solución de problemas, con el objetivo de mostrarle al paciente un método efectivo que le permitiera resolver los problemas, ya sea relacionado con el consumo de alcohol o no. El ejercicio se inició mencionando en que consiste la destreza y el objetivo que tiene. En seguida se llevó a cabo un ejercicio en el que se obtuvo lo siguiente

Tabla 14. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
<p>Hay tres pasos generales que son claves para resolver los problemas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reconozca que hay un problema – ese es el primer paso para tratar con él. 2. Decida qué se va a hacer con respecto al problema. 3. ¡Hágalo! <p>Usando un ejemplo de un problema que usted quiera tratar, en el siguiente ejercicio retomará los tres pasos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifique el problema. 2. Enliste y evalúe soluciones.
<p>a. <i>En ocasiones me siento desesperado e inactivo y quisiera retomar mis actividades de trabajo pasadas u otras que deje de hacer debido al consumo.</i></p> <p>Soluciones o alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar una actividad viable para distraerme y estar activo. ✓ Retomar mis actividades laborales. ✓ Hacer deporte <p>Pros. <i>No desesperarme, buscar relacionarme con otras personas, buscar nuevos paradigmas.</i></p> <p>Contras. <i>Ninguno.</i></p>
<p>b. <i>Estoy preocupado por mi hija por el daño que se causa al consumir alcohol en exceso y al convivir con el tipo de amistades con las que lo hace.</i></p> <p>Soluciones o alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hablar con ella acerca de ese problema ✓ Pedirle apoyo a mi esposa ✓ Hablar de mi forma de beber que tuve anteriormente y comentarle las consecuencias negativas que me ha ocasionado. <p>Pros. <i>Estar más tranquilo y buscar que mi hija cambie su conducta y su ambiente social.</i></p> <p>Contras. <i>Que mi hija reaccione en forma agresiva o que evada la plática, también podría reclamarme por la forma en la que yo bebía anteriormente.</i></p>
<p>c. <i>Poder realizar actividades deportivas</i></p> <p>Soluciones o alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Preguntarle al medico que deporte podría realizar e inscribirme a alguno <p>Pros. <i>Fortalecer el sistema muscular y nervioso.</i></p> <p>Contras. <i>Ninguno</i></p>

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Para el cierre de la sesión, se realizó junto con el paciente un resumen de lo que se trabajó durante esta sesión, en seguida se le pidió que trabajara en su automonitoreo de la semana y en el “Plan Semanal” y que los trajera para la siguiente semana.

6.4.1.7 SESIÓN 7

La sesión inició saludando al paciente y estableciendo el rapport, así como preguntándole como le había ido durante la semana, J.M. respondió que había presentado un poco de malestar físico debido a los padecimientos que presentaba en su estado de salud, y señaló nuevamente la preocupación que le ocasionaba el comportamiento de su hija, quien bebía constantemente y no llegaba a dormir a casa cuando ocurría esto, y por ese motivo no se atrevía a llamarle la atención porque temía que ella le reclamara la forma en la que él bebió hacía algún tiempo. Con respecto a esto se le sugirió que abordara el problema a partir de la destreza de solución de problemas, la cual había sido revisada una semana anterior, y dónde se había planteado dicha problemática. Se hizo énfasis en el procedimiento para llevar a cabo la destreza y se ejemplificó cada paso con la problemática mencionada.

Después de esto, se estableció el encuadre terapéutico para esta sesión y se le informó al J.M que consistiría en la revisión del automonitoreo correspondiente, el establecimiento del plan semanal, y la revisión de la destreza de enfrentamiento de resistencia y rechazo.

En seguida, se revisó el formato de automonitoreo diario correspondiente a la semana del 20 al 27 de abril de 2012, en el cual se obtuvo lo siguiente:

Tabla 15. FORMATO DE AUTOMONITOREO

Fecha	Situación	Qué hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	Estaba en mi casa con mi familia y decidí inscribirme a natación	Me inscribí a la alberca de C.U, para asistir los fines de semana	Abstinencia
Martes	Estaba solo en mi casa, decidí retomar algunas lecturas pendientes, para terminar un escrito para mi comité.		Abstinencia

Miércoles	En una reunión de trabajo, otros profesores y yo, platicamos con la presidenta de la junta de gobierno de la UNAM, para apoyar a un profesor a postularse como director de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.		Abstinencia
Jueves	Asistía al examen y curso para aplicar el examen ENLACE. Después acudí a una comida con algunos compañeros de Morena y ahí me invitaron una cerveza, me sentí tranquilo, pensé en las consecuencias negativas de beber y en los logros que he tenido hasta este momento.	Pensé en que no deseaba beber, rechacé la invitación y me distraje platicando sobre temas relevantes, pensé en mi meta semanal, pedí de comer y bebí un refresco.	Abstinencia
Viernes	Estaba solo en mi casa, leyendo en internet artículos necesarios para mi trabajo en Morena.		Abstinencia
Sábado	Estuve en casa con mi familia, nos visitó mi cuñada y mi hermano, platicamos.		Abstinencia
Domingo	Estuve en mi casa con mi compañera, conviví con ella platicando.		Abstinencia

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. 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.

En el automonitoreo se pudo observar que J.M permaneció realizando actividades la mayoría de los días de la semana en compañía de su familia, o compañeros de trabajo, además, incorporó a sus actividades la práctica de una actividad deportiva, natación. En las situaciones de riesgo que experimentó, se observó que logró enfrentarlas a partir de la destreza de manejo de deseos intensos, y en el resto de los días, llevó a cabo la resolución de una de las problemáticas planteadas en la destreza de solución de problemas (realizar alguna actividad viable). Con respecto a lo anterior, se felicitó al paciente por haber aplicado adecuadamente las destrezas de enfrentamiento, así como por cumplir su meta semanal,

Posteriormente, se llevó a cabo el “Plan Semanal”, quedando de la siguiente manera:

Tabla 16. PLAN SEMANAL-FASE DE INICIACIÓN	
<p>Meta: Continuar en abstinencia y realizar mis actividades. Confianza para lograr la meta: 100% ¿Por qué ese nivel de confianza? <i>Me siento preparado para lograr totalmente la meta, ya que no he sentido deseo de beber y ha logrado permanecer sin consumir desde hace varias semanas.</i></p>	
<p>Describa los disparadores de uso de sustancia que es probable que se surjan durante la próxima semana.</p>	<p>Describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted este preparado para llevarlas a cabo.</p>
<p>Repartiré en el día, propaganda a algunos amigos y tal vez me ofrezcan una copa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejaré el deseo de beber pensando en las consecuencias negativas de hacerlo, recordando mi meta semanal y pensando en los beneficios de no hacerlo. ✓ No aceptaré la invitación, les explicaré que el motivo de mi visita es otro.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

En la última parte de la sesión se revisó la destreza de enfrentamiento de rechazo y resistencia del consumo de alcohol y otras drogas, con el objetivo de apoyar al paciente a mejorar sus técnicas de rechazo y proporcionarle nuevas alternativas para él. Para esto, se utilizó el siguiente formato:

Tabla 17. RECHAZO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS
<p>Cuando usted dejó de usar alcohol u otras drogas, una de las situaciones de más alto riesgo que puede experimentar es cuando alguien le ofrece una bebida o instiga para usar una droga. El decir “no” requiere alguna práctica y, en muchos casos, no es suficiente. Pruebe algunas de las siguientes sugerencias para ayudarse a enfrentar situaciones donde a usted se le ofrece alcohol.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ No dude en decir NO. ✓ Mire a la persona a los ojos. ✓ Dígale a la persona que no le ofrezca más. ✓ Sugiera una alternativa (alguna cosa que hacer, algo más para beber o comer). ✓ Cambie de tema o asunto. ✓ Recuerde su meta. ✓ Piense sobre las consecuencias negativas de usar y los beneficios de no usar. ✓ Abandone la situación. ✓ No se sienta culpable por rechazar o negarse. ✓ Siéntase bien consigo mismo por no consumir.
EJERCICIO PRÁCTICO
<p>¿En qué situaciones anticipará el ofrecimiento de una bebida?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reuniones de trabajo con compañeros. 2. Reuniones con amigos. 3. En las fiestas que me inviten o que yo haga.

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

1. Reuniones de trabajo con compañeros
 - a) **¿Qué pensaré?** Pensaré en el objetivo del trabajo que estamos desarrollando, también pensaré en la meta de mi tratamiento y en los logros que he tenido hasta ahora, reafirmaré mi deseo de no beber.
 - b) **¿Qué diré?** Diré no a la invitación y daré una explicación del porqué no acepto el consumo y expresaré mi deseo de concentrarme en los objetivos de trabajo.
 - c) **¿Qué haré?** Realizaré únicamente mis actividades de trabajo.

2. Reuniones con amigos
 - a) **¿Qué pensaré?** Pensaré en los objetivos de la reunión, y en que quiero obtener de esta reunión.
 - b) **¿Qué diré?** Si me ofrecen una copa les diré "Vengo a visitarlos, a saber como están pero no deseo consumir, además de que estoy en un tratamiento para dejar de beber
 - c) **¿Qué haré?** Platicaré de los temas que surjan y en dado caso que insistan demasiado, me retiraré.

3. En las fiestas que me inviten o que yo haga.
 - a) **¿Qué pensaré?** En el porqué de la reunión y en que lo importante será convivir.
 - b) **¿Qué diré?** Mencionaré que he decidido no beber, que prefiero un refresco.
 - c) **¿Qué haré?** Platicaré y conviviré con los demás.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. 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.

Al final del ejercicio se resaltó la importancia de la presentación de esta destreza y se recomendó al paciente utilizar las alternativas de rechazo y resistencia del consumo, y se complementó la información acerca de esta destreza.

Finalmente, se pidió a J.M que llevara a cabo el "Formato de Automonitoreo Diario" y el "Plan Semanal" correspondiente a la siguiente semana, también se acordó la fecha de la siguiente sesión.

6.4.1.8 SESIÓN 8. FASE DE MANTENIMIENTO

La sesión inició con el establecimiento del rapport, saludando al paciente y preguntándole como había sido su semana, J.M respondió que se había sentido tranquilo y que había realizado nuevas actividades en su trabajo, también mencionó la asistencia a su clase de natación. Agregó que en dicha semana decidió abordar la problemática con su hija que había comentado en sesiones anteriores, señaló que la destreza de solución de problemas le fue útil, además de que contó con el apoyo de su esposa para resolver el problema, mencionó que su hija reaccionó positivamente y que no fue difícil llegar a un acuerdo. Refirió que

este evento fue muy importante para él, ya que ahora se sentía más tranquilo y con más confianza en la relación que tiene con su hija.

Después de esto se estableció el encuadre terapéutico de la sesión, el cual consistió en la revisión del "Formato de Automonitoreo Diario" correspondiente a la semana del 27 de abril al 3 de mayo del 2012, el establecimiento del "Plan Semanal de la Fase de Mantenimiento del Cambio" y la revisión de la destreza de asertividad.

Antes de iniciar con la revisión del automonitoreo se le dió a J.M una explicación acerca del inicio del quinto componente del tratamiento, llamado fase de mantenimiento, cuyo objetivo era mantener y fortalecer el cambio que se había presentado en su conducta de consumo, por lo que en dicha fase se realizaría una dinámica diferente para el establecimiento del plan semanal, ya que ahora era necesario que se expusiera, de forma gradual, a algunas situaciones de riesgo, habiendo previamente establecido un plan de enfrentamiento considerando las nuevas destrezas de enfrentamiento que había incorporado a su repertorio conductual.

Al terminar la explicación se inició con la revisión de formato de automonitoreo diario correspondiente, en el cual se obtuvo lo siguiente:

Tabla 18. FORMATO DE AUTOMONITOREO

Fecha	Situación	Qué hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	Estuve en mi casa con mi esposa, realicé quehaceres de la casa y después salimos a caminar y a platicar juntos		Abstinencia
Martes	Estuve solo en mi casa, pensé en las cosas que tenía pendientes y decidí realizarlas. Por la tarde descansé.	Retomé lecturas pasadas para escribir un artículo para mi comité de trabajo.	Abstinencia
Miércoles	Estuve en mi casa con mi esposa, mi hermano y mi cuñada, comimos y platicamos sobre diversos temas.		Abstinencia
Jueves	Fui a Cuernavaca con mi compañera para arreglar papeles de un terreno.		Abstinencia

Viernes	Estuve solo en mi casa, me sentía preocupado y por mi hija y su comportamiento.	Fui a visitar a mi hermano y mi cuñada, platicamos sobre diferentes temas y me fueron a dejar a la casa.	Abstinencia
Sábado	Asistí a mis clases de natación y retome lecturas de mi trabajo. Después estuve en mi casa con mi familia.		Abstinencia
Domingo	Asistía a mis clases de natación y pensé en que me ha resultado provechoso mantenerme sobrio.		Abstinencia

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Durante el ejercicio se pudo observar que J.M se mantuvo ocupado algunos días de la semana, también se pudo notar que aumentó la convivencia con su familia, lo cual, probablemente, esté relacionado con el cambio que se ha presentado en su conducta.

Posteriormente, se dió paso al establecimiento de "Plan Semanal" de la fase de mantenimiento, la cual consistió en lo siguiente:

Tabla 19. PLAN SEMANAL 1 – FASE DE MANTENIMIENTO

Asignación de la tarea para la CASA

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

Describe la situación disparadora

Participaré en una reunión de trabajo fuera del D.F, estarán amigos y compañeros de trabajo, la reunión durará casi todo el día.

Experiencia Planeada

¿Cuándo? Sábado 5 de mayo

¿Dónde? En una reunión de trabajo en Morelos, muy probablemente me invitarán una cerveza

¿Quién estará presente? Compañeros de trabajo y amigos

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

Ante la invitación de tomar una cerveza seré enfático en rechazar tal invitación, pensando en el daño que me ocasiona el consumo de alcohol, me concentraré y pensaré en el objetivo de la actividad de trabajo para eludir el posible deseo de consumir. Diré que son muy amables en invitarme, pero que no deseo beber.

En caso de que se me antoje beber una copa manejaré el deseo pensando en las actividades que vengo a realizar y pensaré los beneficios que he tenido hasta ahora al permanecer abstinentes.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Finalmente, se revisó la destreza de asertividad, con el objetivo apoyar a J.M a identificar su estilo de respuesta y, para mostrarle, una forma efectiva de comunicar sus deseos, opiniones, peticiones, acuerdos o derechos. Se inició dando una explicación acerca de los diferentes estilos de respuesta (agresivo, pasivo, y asertivo), mencionando en que consiste cada uno, resaltando sus ventajas y desventajas, así como señalando los componentes verbales y no verbales de cada uno. Se profundizó en el estilo de respuesta asertivo.

Dicha destreza se revisó a partir del siguiente formato:

Tabla 20. ASERTIVIDAD

1. 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.

Describe una de esas situaciones:

¿Dónde estaba? Empezaba a beber en casa.

¿Quién estaba presente? Mi compañera (esposa) y tal vez uno de mis hijos.

¿Qué estaba pensando? En los conflictos que iba a tener con mi esposa por estar bebiendo, en los problemas económicos y familiares, también pensaba que quería aislarme.

¿Qué estaba sintiendo? Tristeza y desinterés.

¿Cuál fue el resultado? Olvidé los problemas por un rato pero no logré resolverlos.

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

- ✓ *Expresar lo que quería resolver con mi esposa.*
- ✓ *Dirigirme a ella y hablar.*
- ✓ *Exponer a mi esposa las posibilidades para resolver los conflictos.*

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Durante la realización de dicho ejercicio, J.M señaló que el estilo de respuesta que predominaba en él era el pasivo, ya que no expresaba lo que quería o sentía y, por lo general, se aislaba o bebía para evitar conflictos. Por lo que, se le recomendaron algunos tips para practicar la asertividad, como hablar en primera persona, hacer contacto visual, tomar una postura segura y relajada, etc.

Al final de la sesión, se le pidió que realizara el "Formato de Automonitoreo" diario y que intentara realizar la tarea del plan semanal, después se acordó la fecha y hora de la siguiente sesión.

6.4.1.9 SESIÓN 9

La sesión dió inicio con el establecimiento del rapport, saludando al paciente y preguntándole como había estado su semana, a lo cual, J.M respondió que se sintió tranquilo y realizó sus actividades como lo hace, regularmente. Posteriormente, se estableció el encuadre terapéutico correspondiente a la sesión, informándole al paciente que consistiría en la revisión del "Formato de Automonitoreo Diario", la revisión de la tarea para la casa del "Plan Semanal" de la fase de mantenimiento, y el establecimiento del plan semanal siguiente.

En seguida, se revisó el "Formato de Automonitoreo Diario" de la semana del 5 al 11 de mayo del 2012, dónde se obtuvo lo siguiente:

Tabla 21. FORMATO DE AUTOMONITOREO			
Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	Estaba solo en mi casa, me sentía un poco enfermó y reposé casi todo el día.		Abstinencia
Martes	Estuve en mi casa la mayor parte del día descansando.		Abstinencia
Miércoles	Estuve en casa con mi esposa, la ayudé a realizar quehaceres de la casa y la acompañe a un curso.		Abstinencia
Jueves	Estuve en casa con mi esposa, y mis hijos, festejando. Por la tarde me ocupé de algunas actividades pendientes para el trabajo.		Abstinencia
Viernes	Tuve una reunión con mis compañeros del comité de Morena, casi todo el día.		Abstinencia

Sábado	Fui a una reunión de trabajo en Zacatepec, Morelos, mis compañeros me invitaron una cerveza, hice lo que estaba en el plan semanal.	Rechacé la invitación a beber, les expliqué que prefería dedicarme a las actividades de trabajo. Pensé en las consecuencias que me había traído beber y que no deseaba volver a experimentar, recordé mi plan de enfrentamiento. Utilicé la destreza de rechazo y manejo de los deseos intensos.	Abstinencia
Domingo	Fui a mi clase de natación y estuve con mi familia en mi casa.		Abstinencia

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

En el ejercicio anterior se observó que J.M se mantuvo abstinentemente nuevamente, por lo que se reconoció dicho logro obtenido durante la semana, así como la adecuada aplicación de la destreza de enfrentamiento de "resistencia y rechazo del consumo de alcohol". A continuación, se revisó el reporte de resultados del "Plan Semanal" de la semana anterior, donde se obtuvo lo siguiente:

Tabla 22. PLAN SEMANAL 1 – FASE DE MANTENIMIENTO

REPORTE DE RESULTADOS

¿Intentó hacer la tarea? SI NO

¿Fue exitoso el intento? SI

Comentarios

No sentí deseos de beber, me dediqué a platicar acerca de temas relacionados con la actividad de trabajo y pensé en que si bebía, posiblemente, tendría consecuencias negativas. Me sentí tranquilo al lograr permanecer sobrio.

¿Usted usó? NO

¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?

Convivir más con ellos, sin beber, y buscar alternativas para permanecer sobrio.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Durante la revisión de este ejercicio J.M señaló que no sintió deseos de beber durante la experiencia planeada, y que se sintió seguro y tranquilo de haber enfrentado dicha situación con éxito.

Posteriormente, se conformó el "Plan Semanal" a realizarse durante la semana siguiente:

Tabla 23. PLAN SEMANAL 2 – FASE DE MANTENIMIENTO

Asignación de la tarea para la CASA Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia.
Describe la situación disparadora <i>Reunión con compañeros de trabajo y amigos, en el festejo del día del maestro.</i>
Experiencia Planeada ¿Cuándo? <i>15 de mayo</i> ¿Dónde? <i>En un restaurante</i> ¿Quién estará presente? <i>Profesores y compañeros</i>
Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.) <i>Posiblemente me inquietara que la mayoría de las personas estén bebiendo, sin embargo, pensaré en el objetivo que para mí tiene la reunión, si se presenta el deseo de beber intentaré identificarlo y manejarlo como lo he hecho en situaciones pasadas, pensaré en que no deseo hacerlo y recordaré las consecuencias negativas de beber. Así como en los beneficios de permanecer sobrio, platicaré con personas que hace mucho no veo y tomaré la presencia de bebidas con normalidad, ya que son propias de las fiestas. Rechazaré la invitación a beber tal vez dando una excusa o una explicación.</i>

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Finalmente, se hizo un resumen de los aspectos importantes revisados durante la sesión y se le pidió que llevara a cabo el "Formato de Automonitoreo Diario", así como la tarea del "Plan Semanal".

6.4.1.10 SESIÓN 10

La sesión dió inicio con el establecimiento del rapport, saludando al paciente, en seguida, se estableció el encuadre terapéutico para la sesión, se le informó a J.M que consistiría en la revisión del "Formato de Automonitoreo Diario" y de los resultados obtenidos en el plan semanal, así como el establecimiento del siguiente "Plan Semanal".

En la revisión del "Formato de Automonitoreo Diario" correspondiente a la semana del 12 al 18 de mayo, se obtuvo lo siguiente:

Tabla 23. FORMATO DE AUTOMONITOREO

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	Fui a recoger algunos exámenes médicos y a revisión con el médico.		Abstinencia
Martes	Estaba solo en mi casa me sentía un poco enfermó con malestares de salud.	Estuve leyendo manuales del trabajo y vi tv	Abstinencia
Miércoles	Estuve descansando en mi casa, guardando reposo, estaba solo.	Estuve leyendo y revisando internet	Abstinencia
Jueves	Estuve la mayor parte del día en el médico.		Abstinencia
Viernes	Estuve en mi casa, con mi esposa, por la tarde asistí a una capacitación para del comité Morena.		Abstinencia
Sábado	Fui a nadar y estuve con mi familia, me fue a visitar mi hermano.		Abstinencia
Domingo	Fui a nadar y descansé en mi casa con mi compañera.		Abstinencia

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

A continuación, se revisaron los resultados del "Plan Semanal". Sin embargo, no fue posible obtener información importante de dicho ejercicio, ya que, por motivos de salud J.M no pudo asistir a la situación de exposición que tenía planeada. Así que se dió paso a establecer el siguiente "Plan Semanal", el cual quedó de la siguiente forma:

Tabla 24. PLAN SEMANAL 3 – FASE DE MANTENIMIENTO

Asignación de la tarea para la CASA Planeación para la exposición planeada de un disparador del uso de sustancia.
Describe la situación disparadora <i>Fiesta familiar</i>
Experiencia Planeada ¿Cuándo? <i>19 de mayo</i> ¿Dónde? <i>En un salón de fiestas</i> ¿Quién estará presente? <i>Familia y tal vez amigos o conocidos</i>
Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.) <i>Pensaré en que deseo pasar un rato agradable con mi familia y convivir con ellos, pensaré también en el</i>

objetivo de la reunión y recordaré que deseo mantener la abstinencia, si se presenta el deseo de beber, pensaré en las consecuencias negativas de hacerlo y recordare los beneficios a mi persona de estar sobrio. Rechazaré las invitaciones que me hagan, daré alguna excusa o explicación y me distraeré bailando o platicando. Pretendo no permanecer demasiadas horas en la fiesta. Utilizaré las destrezas de enfrentamiento de rechazo, asertividad, manejo de los deseos intensos.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. 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.

Finalmente, se dió cierre a la sesión con un resumen de lo que se había trabajado y se le pidió J.M que llevara a cabo el formato de automonitoreo diario, así como el plan semanal correspondiente.

6.4.1.11 SESIÓN 11

La sesión inició saludando a J.M y estableciendo el rapport, se le preguntó acerca de como le había ido durante la semana, a lo que J.M respondió que se había sentido tranquilo y bien y comentó acerca de algunos eventos relevantes en sus actividades de trabajo. Inmediatamente se estableció el encuadre terapéutico, informándole al paciente que consistiría en la revisión del “Formato de Automonitoreo Diario”, la revisión de los resultados del “Plan Semanal” anterior, el establecimiento de un nuevo plan para la semana siguiente, la aplicación del “Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Alcohol” (CCC-A-50), así como la aplicación del ejercicio “Si yo fuera a recaer”.

En seguida, se revisó el formato de automonitoreo correspondiente a la semana del 19 al 25 de mayo de 2012, en el cual se obtuvo la siguiente información:

Tabla 25. FORMATO DE AUTOMONITOREO

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	Acudí a mis reuniones de trabajo en el comité, estuve en dos cursos con mis compañeros.		Abstinencia
Martes	Asistí a mis actividades laborales, estuve en varios cursos.		Abstinencia

Miércoles	Estuve con mis compañeros del comité, durante la comida me invitaron una cerveza.	Rechacé la invitación, dando una explicación y preferí tomar otra cosa	Abstinencia
Jueves	Estuve en mi casa con mi compañera, por la tarde la acompañé a un curso en el IMSS		Abstinencia
Viernes	Estuve en el médico		Abstinencia
Sábado	Asistía a una fiesta familiar, estaban amigos, familiares, conocidos, algunos estaban bebiendo.	Recordé el plan semanal y decidí aplicarlo. Rechacé las invitaciones que me hicieron para beber, me distraje platicando y conviviendo con los demás.	Abstinencia
Domingo	Por la mañana, fui a nadar y el resto del día estuve en casa con mi familia, también estuve leyendo en internet.		Abstinencia

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. 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.

Al final de dicho ejercicio J.M comentó que había decidido inscribirse a nuevas actividades, como un curso de tanatología o imagenología, señaló que a partir del cambio en su forma de beber ha incrementado su interés en realizar nuevas actividades con su esposa, como son la asistencia a dichos cursos. Con respecto a lo anterior, se elogiaron los logros obtenidos durante la semana por J.M, tales como, la aplicación de las destrezas de enfrentamiento cuando resultó necesario, la aplicación del plan de enfrentamiento para llevar a cabo el plan semanal, así como la ausencia de consumo.

Posteriormente, se revisaron los resultados obtenidos en el plan semanal realizado durante la semana.

Tabla 26. PLAN SEMANAL 3 – FASE DE MANTENIMIENTO

REPORTE DE RESULTADOS

¿Intentó hacer la tarea? SI NO

¿Fue exitoso el intento? SI

Comentarios

No sentí deseos de beber, aunque al notar que la demás gente tomaba, pensé en el sabor de la bebida pero decidí no tomar y alejar ese pensamiento manejando el deseo de otra forma, platicando, bebiendo otra cosa o alejando ese pensamiento pensando en las consecuencias negativas que he tenido en el pasado al beber.

¿Usted usó? NO

Si consumió, ¿cuánto?

¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?

Nada.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

A continuación, se estableció un “Plan Semanal” para la próxima semana, el cual quedo de la siguiente manera:

Tabla 27. PLAN SEMANAL 4 – FASE DE MANTENIMIENTO

Asignación de la tarea para la CASA

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

Describe la situación disparadora

Reunión con compañeros de trabajo.

Experiencia Planeada

¿Cuándo? *Sábado 26 de mayo*

¿Dónde? *En una reunión de trabajo en Morelos, los demás compañeros beberán cerveza*

¿Quién estará presente? *Compañeros de trabajo, mi hermano y mi cuñada*

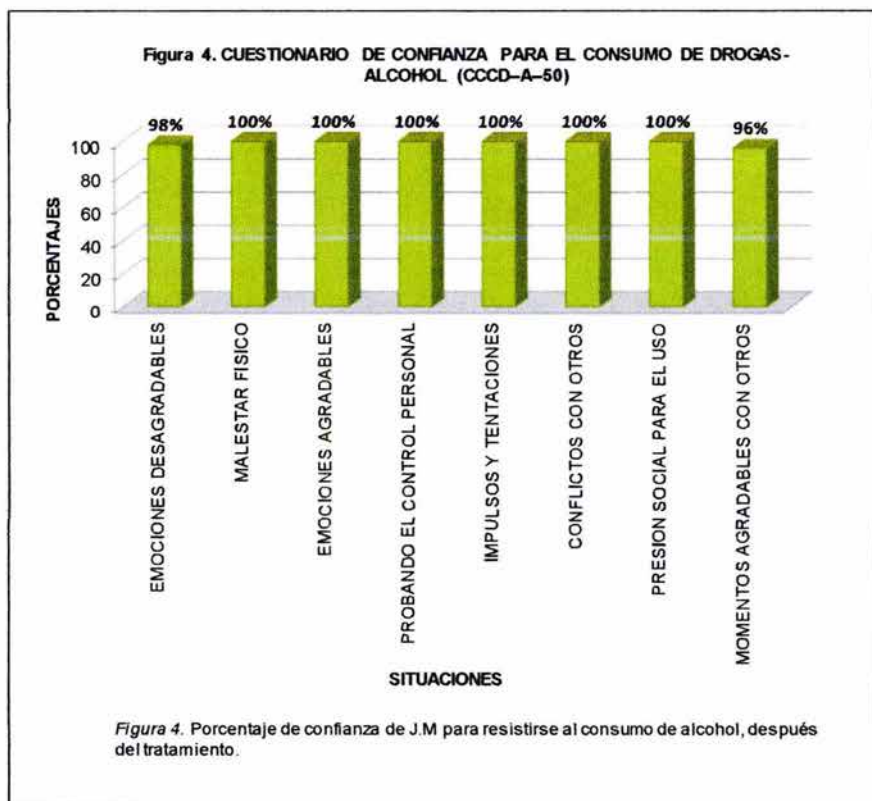
Plan de enfrentamiento (sea específico, describa exactamente que dirá y hará, y que pensará, etc.)

Rechazaré las posibles invitaciones a beber, me concentraré en el objetivo de la reunión (trabajo), y me dedicaré a realizar las actividades que me corresponden.

Si se presenta el deseo de beber, pensaré en las consecuencias negativas que me ocasiona beber y en los beneficios que he tenido hasta ahora al permanecer sobrio. Utilizaré la destreza de manejo de los deseos intensos, asertividad y rechazo.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Al finalizar dicha actividad, la sesión continuó con la aplicación del "Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Alcohol" (CCC-A-50), en el cual se observó que en las situaciones de momentos agradables con otros obtuvo un 96% de confianza; en emociones desagradables obtuvo un 98% de confianza; en malestar físico, emociones agradables, probando el control personal, impulsos y tentaciones, conflictos con otros y presión para el uso obtuvo un 100% de confianza para enfrentar estas situaciones.



Se pudo observar que el porcentaje de confianza de J.M para poder resistirse al consumo de alcohol en las diferentes situaciones es alto. Al finalizar la aplicación de dicho ejercicio, se realizó el ejercicio "Si yo fuera a recaer" en el cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 28. "SI YO FUERA A RECAER"

Si yo fuera a recaer, lo más probable es que fuera en la siguiente situación: (Describa dónde, quién estaría probablemente con usted, lo que estaría haciendo, lo que estaría sintiendo y pensando antes de que recayera.)

Situación: *Estar en un bar o cantina, posiblemente me acompañaría José y Rubén. Sentiría las ganas de tomar un trago, pero también pensaría en el daño que me causa. Me sentiría inquieto.*

¿Qué destrezas de enfrentamiento podría yo usar para evitar esta recaída? (Enliste de 8 a 10 estrategias que usaría usted)

1. Rechazar el trago
2. Comer algo, tomar un refresco
3. Jugar una partida de dominó o cubilete
4. Pensar en que no deseo beber
5. Recordar las ventajas y desventajas de beber
6. No permanecer tanto tiempo en esa reunión o lugar
7. Apoyarme en mi esposa y hermanos
8. Sugerir otra actividad a mis amigos
9. Proponer que las reuniones siguientes sean en otro lugar
10. Llevar las reuniones con los amigos a otros ámbitos de convivencia

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

Muy confiado (100%), dado que los resultados de esta terapia y las diversas estrategias que he llevado a cabo me han funcionado.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trads.) (2003). Prevención Estructurada de Recaidas 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.

Para finalizar la sesión se hizo un resumen con J.M acerca de lo que se revisó durante la sesión, y se le pidió que realizara el formato de automonitoreo diario y el plan semanal y, por último, se acordó la fecha de la siguiente sesión, en la cual se daría cierre al tratamiento.

6.4.1.12 SESIÓN 12. CIERRE DE LA INTERVENCIÓN

La sesión dió inicio saludando al paciente y estableciendo el rapport. Se le preguntó acerca de como le había ido durante la semana, J.M comentó que había realizado sus actividades normalmente y que se había sentido bien durante la semana. En seguida, se estableció el encuadre terapéutico de la sesión, el cual consistió en la revisión del último "Formato de Automonitoreo Diario" y "Plan Semanal", la retroalimentación computarizada del "Cuestionario de Confianza para el Consumo de Alcohol" (CCC-A-50), la revisión del cuestionario de satisfacción del cliente, parte 1 y 2, así como la revisión de los principales resultados obtenidos durante el tratamiento, para dar cierre al tratamiento.

A continuación, se revisó el "Formato de Automonitoreo Diario" correspondiente a la semana del 25 de mayo al 1 de junio del 2012, en el cual se obtuvo la siguiente observación:

Tabla 29. FORMATO DE AUTOMONITOREO

Fecha	Situación	Que hizo para enfrentar la situación	Abstinencia o consumo de alcohol
Lunes	Fui a las movilizaciones de los estudiantes.		Abstinencia
Martes	Estuve en la movilización de las islas en la UNAM, la mayor parte del día.		Abstinencia
Miércoles	Fui al médico y después descansé en mi casa el resto del día.		Abstinencia
Jueves	Fui a trabajar a la FES Acatlán estuve con algunos compañeros platicando sobre temas relevantes de política, en la tarde recogí un regalo.		Abstinencia
Viernes	Estuve en el trabajo con compañeros del comité en cursos de capacitación.		Abstinencia

Sábado	Estuve en una reunión con mi comité en Zacatepec, estaban la mayoría de mis compañeros de trabajo, mi hermano y mi cuñada.	Recordé el plan semanal y apliqué el plan de enfrentamiento, rechacé la invitación y di una explicación, comenté que en este momento no deseaba beber y di las gracias. Pensé en las consecuencias negativas y en los beneficios de no hacerlo. Utilicé la estrategia de rechazo, asertividad y manejo de los deseos intensos.	Abstinencia
Domingo	Fui a mis clases de natación, descansé por la tarde y me relajé.		Abstinencia

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. 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.

Después de la revisión del automonitoreo, se continuó la sesión revisando los resultados del plan semanal de la semana anterior.

Tabla 30. PLAN SEMANAL 4 – FASE DE MANTENIMIENTO

REPORTE DE RESULTADOS

¿Intentó hacer la tarea? SI NO

¿Fue exitoso el intento? SI

Comentarios

No sentí deseos de beber, pensé en el objetivo de la reunión y me dediqué a las actividades que me correspondían.

¿Usted usó? NO

¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?

Apoyarme en mi hermano y mi cuñada.

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. 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.

Posteriormente, se dió la retroalimentación computarizada del cuestionario de confianza situacional para el consumo de alcohol, en el cual se le mostraron a J.M los resultados obtenidos en dicho cuestionario, mismos que se compararon con el cuestionario aplicado en la evaluación inicial. El paciente mencionó que efectivamente había notado dicho aumento en el nivel de confianza de las diferentes situaciones de riesgo.

Después, se le pidió a J.M que contestará el cuestionario de satisfacción del cliente, en cual se obtuvo lo siguiente:

Tabla 31. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

PARTE 1	
1.	El servicio que recibió fue: <i>Excelente</i>
2.	¿Obtuvo el servicio que quería? <i>Definitivamente</i>
3.	¿Sus necesidades fueron satisfechas por el programa? <i>Casi todas</i>
4.	¿Si un amigo tuviera la necesidad de ayuda similar, usted le recomendaría nuestro programa? <i>Si, definitivamente</i>
5.	¿Los servicios que ha recibido le ayudaron a manejar más eficazmente sus problemas? <i>Si, mucho</i>
6.	¿De manera general, qué tan satisfecho usted esta con el servicio que ha recibido? <i>Muy satisfecho</i>
7.	¿Si usted fuera a buscar ayuda nuevamente, regresaría a nuestro programa? <i>Si, definitivamente</i>
8.	¿En su opinión, cuál fue la parte del programa más útil de los servicios que recibió? <i>Desde luego los factores de riesgo y las estrategias para enfrentarlos. Así también el aplicar tales estrategias a la vida cotidiana.</i>
9.	¿En su opinión, cuál fue la parte del programa menos útil de los servicios que recibió? <i>En mi opinión todas las partes del programa fueron útiles</i>
10.	¿Qué mejoras le gustaría ver en nuestros servicios? <i>Nada, yo lo veo bien</i>
PARTE 2	
a)	¿Cómo considera la asignación de tareas de situaciones pasadas de consumo de alcohol? <i>Muy útil</i>
b)	¿Considera que el establecimiento de metas y el plan semanal fueron? <i>Muy útiles</i>
c)	¿Considera el monitoreo diario del consumo de alcohol? <i>Muy útil</i>
d)	¿Considera el monitoreo diario de los disparadores? <i>Muy útil</i>
e)	¿Considera el ejercicio "Si yo fuera a recaer"? <i>Muy útil</i>
f)	¿La asignación de las habilidades de enfrentamiento fueron? <i>Muy útiles</i>
g)	¿El tratamiento que recibió fue? <i>Individualizado</i>
h)	¿Encontró útil que el tratamiento fuera personalizado? <i>Mucho</i>
i)	¿Hay alguna parte del consejo individual que no le gustó? <i>No</i>
j)	¿Hubiera preferido tratamiento grupal? <i>No</i>
k)	Comentario: <i>Este programa de la facultad de psicología debería de extenderse a un ámbito regional nacional</i>

Nota: Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. 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.

Por último, se realizó junto con el paciente un resumen acerca de los principales resultados obtenidos durante el tratamiento. En dicho resumen se mencionó el aumento en el nivel de confianza percibido antes y durante el tratamiento, señalando la importancia de dicho logro, con respecto a ese punto J.M mencionó que haber aprendido a identificar las principales situaciones disparadoras del consumo le había servido para anticiparse a ellas, lo que le hacía sentirse con mayor seguridad para enfrentar otras situaciones de riesgo.

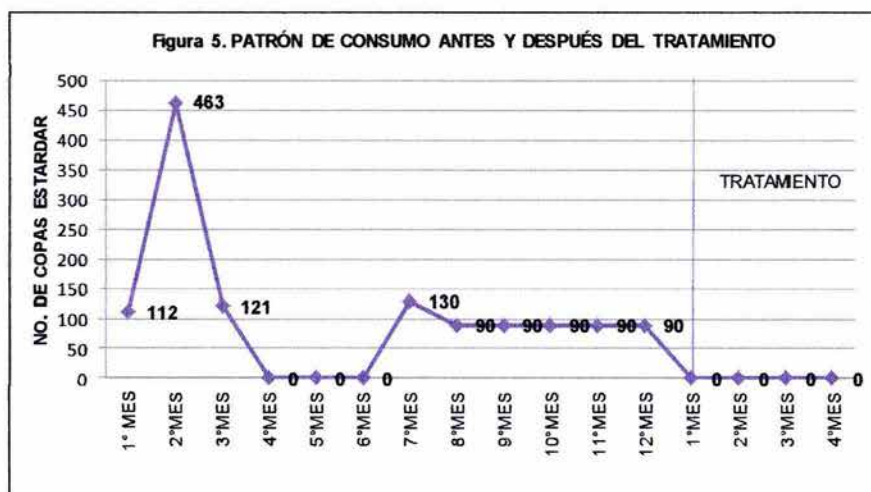
De la misma forma, se mencionó la disminución de los problemas asociados al consumo, entre los que se encontraban los problemas familiares, las afecciones a su salud y el daño a su desarrollo personal en general. Al respecto, J.M señaló que percibía claramente los cambios en dichos aspectos, resaltando

también la importancia de haber incorporado nuevas actividades a su vida cotidiana.

Finalmente, se dió cierre a la sesión agradeciendo al paciente la atención y cooperación prestadas a cada sesión del tratamiento y se acordó la fecha aproximada de la sesión de seguimiento.

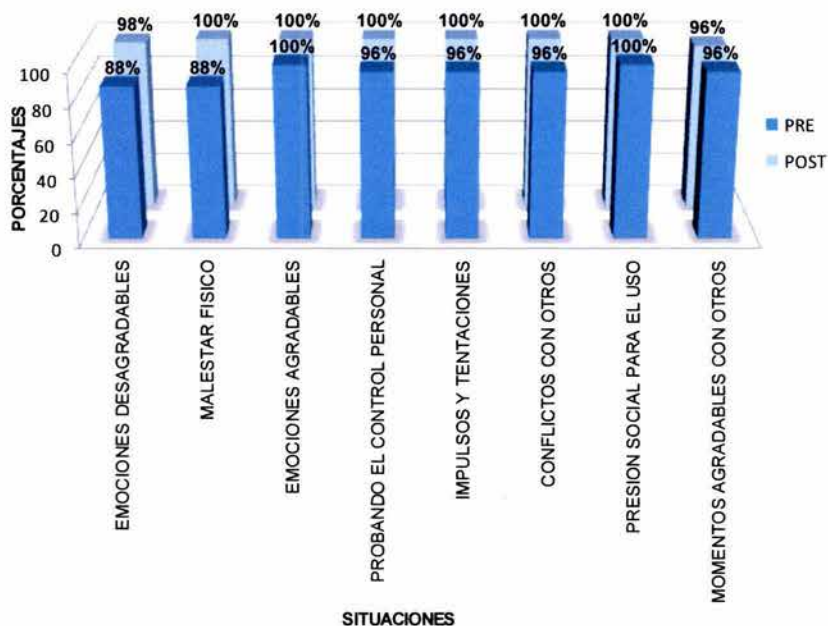
6.5 RESULTADOS DURANTE EL TRATAMIENTO

Los resultados en cuanto al patrón de consumo de J.M antes y durante el tratamiento, muestran un decremento inmediato a partir del inicio del tratamiento, el cual, muy probablemente, se debe a la motivación que J.M presentaba hacia la realización de un cambio en su manera de beber, así como en los efectos negativos que estaba provocando el consumo de alcohol a su salud. Se observó un decremento a 0 copas estándar por ocasión en su consumo a partir de que inició la intervención (Ver figura 5).



Por otro lado, es importante mencionar el incremento en el nivel de confianza para enfrentar las situaciones de riesgo que percibió J.M después de haber recibido el tratamiento. Cabe señalar que aquellas situaciones en las que presentaba un porcentaje de confianza menor antes del tratamiento, incrementaron significativamente después de éste. En emociones agradables presentó un aumento de 10%; en malestar físico un 12%; y probando el control personal, impulsos y tentaciones para usar y en conflictos con otros aumentó un 4%. Cabe señalar, que después del tratamiento obtuvo 100% de confianza en 6 de los 8 indicadores (Ver figura 6).

FIGURA 6. PORCENTAJE DE CONFIANZA ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO



6.6 SESIÓN DE SEGUIMIENTO A UN MES

La sesión inició con el establecimiento del rapport, J.M mencionó brevemente como le había ido durante el mes y mencionó algunas actividades de trabajo que había realizado durante ese tiempo. En seguida, se estableció la orientación sobre la sesión, por lo que se le informó al paciente que durante la sesión se le aplicaría el Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD-A-50) y se revisaría el cumplimiento la meta que se estableció al final del tratamiento.

A continuación se revisó el cumplimiento de la meta establecida al final del tratamiento. J.M mencionó que había logrado cumplirla totalmente, ya que permaneció abstinentemente durante todos los días del mes, además, comentó que

enfrentó con éxito las situaciones de riesgo que se le presentaron durante ese tiempo. Mencionó que logró anticiparse exitosamente a cada una de ellas, así como recordar las destrezas de enfrentamiento revisadas durante el tratamiento para aplicarlas en ese momento.

Tabla 32. SITUACIONES DE RIESGO EXPERIMENTADAS Y DESTREZAS UTILIZADAS POR J.M. DESPUÉS DEL TRATAMIENTO		
SITUACIÓN DE RIESGO	DESTREZAS UTILIZADAS	RESULTADO
<ul style="list-style-type: none"> Reuniones de trabajo En reuniones de trabajo fuera del D.F, compañeros y amigos bebieron cerveza durante la comida y generalmente me invitaron una copa. Durante esta situación, no experimenté deseos de beber, continué con mis compañeros, decidí beber un refresco y disfrutar de la comida y la plática. 	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia y rechazo del uso de alcohol Asertividad 	✓ NO CONSUMIÓ
<ul style="list-style-type: none"> Fiesta Familiar En el cumpleaños de uno de mis hermanos, la mayoría de mis familiares o amigos bebieron cerveza o alguna otra copa, mientras platicaron, me invitaron una copa. Durante esta situación me sentí tranquilo, decidí disfrutar de la compañía de los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia y rechazo del uso de alcohol Asertividad Apoyo social 	✓ NO CONSUMIÓ
<ul style="list-style-type: none"> Reuniones con amigos con los que acostumbraba beber El grupo de amigos con los que acostumbraba beber, me invitaron a comer y platicar un viernes, algunos de ellos empezaron a beber y me invitaron una copa, les explique que prefería no beber y ellos comprendieron. Durante esta situación me sentí tranquilo con un deseo leve de beber, por lo que decidí beber otra cosa y enfocarme en la plática. 	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia y rechazo del uso de alcohol Asertividad Manejo de los deseos de beber 	✓ NO CONSUMIÓ

J.M comentó que además de aplicar dichas destrezas en situaciones de riesgo, también le habían sido útiles para diferentes aspectos de su vida, como la comunicación con su familia y amigos, y su desempeño en el trabajo.

En seguida, se elogió el cumplimiento de la meta final de tratamiento, señalándole a J.M sus logros obtenidos al permanecer abstinentes, tales como: los beneficios a su salud, el restablecimiento de sus actividades cotidianas y de

interés para él, así como un mejor desempeño en las diferentes áreas de su vida. J.M también mencionó que durante ese mes, se había sentido bien consigo mismo, cuando pudo enfrentar efectivamente dichas situaciones, lo cual había reforzado su meta de permanecer sin consumir.

Después, se le preguntó acerca de la relación con su familia, su estado de salud, su desempeño en el trabajo y su desarrollo personal en general, durante ese mes. Con respecto a la relación con su familia J.M identificó cambios positivos importantes, mencionó que había retomado su figura de autoridad en la familia, ya que sus hijos y su esposa se lo expresaron y reconocieron el esfuerzo y los logros que ha tenido al dejar de beber, lo cual reforzó su meta y su compromiso para mantenerse abstinentes. Del mismo modo, J.M expresó que se ha recuperado en gran parte de los padecimientos ocasionados por el consumo excesivo de alcohol que mantuvo durante años.

Por otro lado, mencionó que su desempeño en el trabajo y su desarrollo personal en general, se han mantenido estables, y con "resultados provechosos", aunque señaló que durante ese mes experimentó demasiada tensión en el trabajo. Por otro lado, señaló como un logro importante el haber podido restablecer un trato cercano con sus amigos (con los que acostumbraba beber), ya que pudo convivir con ellos un par de veces en ese mes, sin consumir.

Después de esto, el paciente manifestó que deseaba mantenerse abstinentes, así como continuar con sus actividades laborales y continuar mejorando y fortaleciendo la relación con su familia y amigos. Finalmente, se le pidió que contestara el Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-A-50), y se acordó la fecha de la siguiente sesión de seguimiento.

7 CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos por medio de los diferentes instrumentos aplicados antes y después del tratamiento, así como por lo que reportó el paciente acerca de su capacidad para enfrentar las diversas situaciones de riesgo para el consumo de alcohol de manera efectiva, su capacidad para mantener su meta de permanecer abstinentes y la reducción en su patrón de consumo a 0 copas, se puede concluir que el tratamiento fue efectivo, además de que se observó un cambio en el estilo de afrontamiento que predominaba en él.

De la misma forma, el tratamiento fue efectivo en los problemas asociados que presentaba el paciente debido al consumo, ya que mientras que al inicio del tratamiento reportó que su estado de salud se había visto afectado notablemente, los problemas familiares eran muy frecuentes y su desarrollo personal en general se había truncado y deteriorado debido al consumo excesivo de alcohol, al final del mismo reportó que la convivencia con su familia se había vuelto más cordial y agradable, además de que su estado de salud había mejorado considerablemente, mencionando también que había retomado actividades de interés para él, como el trabajo, la lectura, la escritura, e incorporado nuevas actividades, como clases de natación y diversos cursos.

En cuanto a los disparadores del consumo que se identificaron al inicio del tratamiento, el paciente refirió que después del mismo se sentía más seguro de enfrentarlos de forma efectiva aplicando alguna de las destrezas revisadas, lo cual es un indicio de que cuenta con destrezas que es capaz de aplicar cuando resulta necesario y así mantener su meta de abstinencia. Cabe mencionar que J.M reportó sentirse satisfecho con los resultados obtenidos, por lo que, también se puede concluir que el tratamiento fue útil y satisfactorio. De acuerdo a lo anterior, se puede pronosticar una alta probabilidad de que mantenga su meta de abstinencia.

Por último, mi experiencia como terapeuta en este caso fue enriquecedora en distintos aspectos ya que, profesionalmente, obtuve competencias importantes

para mi formación como psicóloga, como son: el fortalecimiento en habilidades de comunicación para interactuar con el paciente en el ámbito terapéutico, así como para obtener información y determinar aspectos importantes del caso; para el desarrollo del tratamiento a través de métodos adecuados de evaluación e intervención; capacidad para aplicar los principios establecidos en la teoría para llevar a cabo el tratamiento; el desarrollo de responsabilidad y compromiso hacia el servicio que se brinda de manera profesional. Cabe mencionar que en el desarrollo de este caso pude identificar mis fortalezas en mi desempeño como psicóloga, así como superar mis debilidades.

8 RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Mi participación como prestadora de servicio social en el Programa de Conductas Adictivas, fue satisfactoria, debido a que me permitió obtener nuevos conocimientos y competencias en mi desarrollo profesional y personal.

De igual manera, me fue posible notar la importancia del trabajo que se realiza dentro del programa, ya que los resultados que de él se derivan pueden beneficiar a diversos sectores de la población, contribuyendo así a mejorar el desarrollo personal de los individuos que la integran.

Por lo anterior, sería conveniente considerar mayor apoyo y difusión a este tipo de programas, para que en un futuro puedan aplicarse a los individuos o sectores de la sociedad que así lo requieran.

9 REFERENCIAS

- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50). En Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). Structured relapse prevention: An outpatient Counselling approach. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). Inventory of Drug-Taking Situations. En Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). Structured relapse prevention: An outpatient Counselling approach. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). Structured relapse prevention: An outpatient Counselling approach. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. V. L. & Gutierrez, L. M. (1998). Manual de Autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. Facultad de Psicología, UNAM y Ed. Porrúa: México.
- Becoña, E. (febrero, 2002). Adicciones y salud. *Revista Psicología Científica.com*, 4(1). Consultado el 16 de marzo de 2012 en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-76-1-adicciones-y-salud.html>
- Becoña, I.E. (2002) *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Universidad de Santiago de Compostela.
- Becoña, I.E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Becoña, I.E. (2007). *Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas*. Papeles del psicólogo, 28 (1), 11-20.
- Bobes, G.J., Casas, B.M. & Gutiérrez, F.M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Editorial Psiquiatría.
- Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D.R. & Marlatt, G. A. (1999). Brief Alcohol Screening and Intervention for Colleg Students (BASICS): A Harm Reduction Approach. New York: Guildford Press.
- Echeverría S.L, Carrascosa V.C & Reidl M.L. (2007). *Prevención y tratamiento de conductas adictivas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; 2007. Editorial Médica Panamericana.
- Edwards, G. & Gross, M. M. (1976). "Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome", en *British Medical Journal*, 1.
- Encuesta Nacional de Adicciones (2002). Consultado el 17 de marzo de 2012 en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7326.pdf>
- Encuesta Nacional de Adicciones (2008). Consultado el 17 de marzo de 2012 en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pie/ena2008.html>

- Laespada, T., Iraurgi, I. & Aróstegui, E. (2004) Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias. Consultado el 4 de abril de 2012 en: [//www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r40_21_77/es/contenidos/informacion/publicacion/es_ovd_inf_txtostena/es_9033/adjuntos/informetxostena14.pdf](http://www.gizaetxe.ejgv.euskadi.net/r40_21_77/es/contenidos/informacion/publicacion/es_ovd_inf_txtostena/es_9033/adjuntos/informetxostena14.pdf)
- Llorente del Pozo, J.M., Iraugi-Castillo, E.I. (2008) Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Revista Trastornos adictivos*, 10(4), 252-274.
- Lorenzo, F.P., Ladero, M.J., Laeza, C.J. & Lizasoani, I. (2009). *Las Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Maciá, A.D. (2000). *Las drogas: Conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.
- Marín, G., Astrálagua, M., Carvalho, G., Correa, E., Samper, S. & Velásquez, B., (1974). El aprendizaje social como un factor explicativo de las farmacodependencias: una comprobación latinoamericana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 6 (3), 321-329.
- Medina-Mora, M., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. & Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*, 24 (4), 3-19.
- Patrón, A. (2010). Papel de la detección oportuna y la intervención breve en el tratamiento de las adicciones. Trabajo presentado en: Foro Académico. Hacia un modelo integral para la prevención y atención de las adicciones. Consultado el 25 de abril de 2012 http://www.foroadicciones.salud.gob.mx/descargas/pdf/expertos/mesa_2/po-nencia_dr_patron.pdf
- Prevención selectiva, universal e indicada (2010). Consultado el 22 de marzo de 2012 en: <http://www.cij.gob.mx/Especialistas/especialistas.html>
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the Traditional Boundaries of Change*. Homewood, Dow Jones/Irwing.
- Quiroga, A. H. & Montes, C. V. (Trads.) (2003). *Tratamiento de Auto-cambio-Guiado para estudiantes universitarios bebedores problema con dependencia moderada (TAGEU)*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducción y adaptación al español del original en lengua inglesa de Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem Drinkers: Guide self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Quiroga, A. H. y Cabrera, A. T. (Trads.) (2003). *Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU)*. Un Enfoque de reducción del Daño.

- Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México. D.F. Traducido y adaptado al español de la lengua inglesa de Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D.R. & Marlatt, G. A. (1999). *Brief Alcohol Screening and Intervention for Colleg Students (BASICS): A Harm Reduction Approach*. New York: Guilford Press.
- Quiroga, A. H., Mata, M.A., Vázquez, V.G. (1994). Programa de Conductas: Modelo de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas para Estudiantes y Trabajadores Universitarios con Problemas de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas. Manual de Operación y Procedimientos. Programa de Conductas Adictivas y Ambientales Terapéuticos. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- 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 Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Center. Toronto, Canada.
- Quiroga, H. (2008). Evaluación de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México).
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. & Medina-Mora, M. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34 (4), 351-365.
- Sánchez, E. & Berjano, E., (1996). Características de la personalidad en sujetos drogodependientes. *Psicothema*, 8 (3), 457-463.
- Secretaría de Salud. (2007). El consumo de drogas en México. Consultado el 4 de marzo de 2012 en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>
- Skinner, H. A. & Horn, J. L. (1984). Alcohol Dependence Scale (ADS): User's guide, Addiction Research Foundation, Canada.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). Problem Drinkers: Guide self-change treatment. Ney York: Guilford Press.
- Tapia, R. (2001). *Las Adicciones*. México: Editorial Manual Moderno.
- Teorías y Modelos (2010). Consultado el 17 de abril de 2012 en: <http://www.cij.gob.mx/Especialistas/especialistas.html> -

Villareal, M. (2009). *Un modelo estructural del consumo de drogas y conducta violenta en adolescentes escolarizados*. (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de Nuevo León). Consultado el 3 de mayo de 2012 en: <http://>

<http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=villarreal%2C%20m.%20%282009%29.%20un%20modelo%20estructural%20del%20consumo%20de%20drogas%20y%20conducta%20violenta%20en%20adolescentes%20escolarizados.&source=web&cd=1&ved=0CEkQFjAA&url=http%3A%2F%2Ftesispatricia.googlecode.com%2Fsvn%2Ftrunk%2FOtros%2FTesis%2520Ejemplo%2FUn%2520modelo%2520estructural%2520del%2520consumo%2520de%2520drogas%2520y%2520conducta%2520violenta%2520en%2520adolescentes%2520escolarizados.pdf&ei=lcwfUO6JK8mjQGOqoCQDg&usg=AFQjCNFc1halfB9OkVY3jZ1bqyRSjkdM8Q>

LÍNEA BASE RETROSPECTIVA

NOMBRE: _____ FECHA: _____

2011

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
ENERO						1	2
	3	4	5	6	7	8	9
	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28	29	30
	31						

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
FEBRERO		1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27
	28						

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
MARZO		1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30	31			

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
ABRIL					1	2	3
	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	

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

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____ **EXP.:** _____

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

Marque:

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

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

Traducido y adaptado al español por Quiroga & Vital (2003) del original en lengua inglesa de Annis, H. M. & G. Martin, (1985) Inventory of Drug-Taking Situations. Addiction Research Foundation of Ontario. En Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin- Merek, L. (1996). Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counseling Approach, (pp. 28-36), Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.

(ACC-A)*
ALGORITMO DE COMPROMISO PARA EL CAMBIO
ALCOHOL

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

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 abstinentemente por más de 60 días o bebió moderadamente * por más de 60 días?

Circule:

SI o NO



CODIFIQUE MANTENIMIENTO

CODIFIQUE ACCIÓN

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

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

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____ **EXP.:** _____

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.

Circule 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.

Sería capaz de resistir la urgencia de consumir alcohol:	Inseguro	Seguro
1. Si estuviera deprimido por cualquier cosa.	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	

Quiroga & Vital (2003) (Trads.) a partir de Annis, H.M., Herie, M.A. & Watkin-Merek, L. (1996). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50) Alcohol. En H. M. Annis, Marilyn A. Herie, y Lyn Watkin-Merek. *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach* (pp. 72-80). Addiction Research Foundation.