



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

**EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN
ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS PARA LA DEPENDENCIA
AL ALCOHOL**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

ALMA DELIA DÍAZ JUÁREZ

TUTOR:

DR. HORACIO QUIROGA ANAYA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MTRA. MARÍA JOSÉ MARTÍNEZ RUÍZ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D.F. ABRIL 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi alma Mater.

A mi mamá, con todo mi amor y agradecimiento más sincero.

A mi papá con profundo agradecimiento y cariño.

A mi hermano, con gran admiración y como una forma de agradecer tus palabras siempre oportunas, llenas de sentido y conocimiento.

A mis abuelos Delia y Teodoro, con mucho cariño.

A mis pacientes, por el valioso aprendizaje que han dejado en mí, agradezco su confianza.

A toda mi familia, que de una u otra forma me han enseñado algo.

Agradecimientos

Al Dr. Horacio Quiroga, por el gran apoyo y confianza que me ha brindado siempre. Con toda mi admiración y aprecio le agradezco sus comentarios y observaciones, que guiaron e hicieron posible la realización de este trabajo. Así, como los consejos y charlas que han impulsado mi crecimiento personal y profesional.

Al Programa de Conductas Adictivas, por abrirme las puertas y brindarme todo el apoyo durante estos años, y fomentar en todo momento mi crecimiento profesional.

A Tere, por su apoyo constante y amistad que me ofreció durante toda mi estancia en el programa, gracias.

A mis amigos y compañeros de la maestría Raque, Ale, Brenda, Fer, Fabi, Ana, Rodrigo, Laura, Javier y Carlos, por su apoyo, sonrisas, carcajadas, tardes de videos, y todos los momentos con ustedes que siempre me dejaron un aprendizaje, los quiero.

Al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, por proporcionarme el apoyo necesario durante la utilización de sus instalaciones.

Al Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez”, por proporcionarme el apoyo necesario durante la realización de mi residencia.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, por la beca otorgada para cursar mis estudios de posgrado.

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	9
1.1. Panorama epidemiológico	9
1.1.1. Consumo de Alcohol.....	9
1.1.2. Consumo de Tabaco.....	11
1.1.3. Consumo de Otras drogas	12
1.2. Teoría cognitiva social, como modelo explicativo de la conducta humana y de la conducta adictiva.	14
1.2.1. Procesos atribucionales	22
1.2.2. Valoración cognitiva	24
1.2.3. Expectativas de autoeficacia	24
1.2.4. Expectativas de efectos relacionados con el consumo	25
1.3. Programas cognitivo-conductuales-motivacionales para la atención al consumo de sustancias adictivas.	25
1.3.1. Entrevista Motivacional	27
1.3.2. Programas de incremento motivacional/retroalimentación	29
1.3.3. Intervenciones Breves	29
1.3.4. Entrenamiento en destrezas	30
1.3.5. Prevención de recaídas	31
1.3.6. Reducción del daño	33
1.3.7. Modelo transteórico de cambio	34
CAPÍTULO II. FORMULACIÓN DE PROGRAMAS	36
2.1. Detección e intervención breve de Alcohol, Tabaco y otras Drogas para estudiantes universitarios (DIBADEU).....	36
2.1.1. Escenario	37
2.1.2. Instrumentos	37
2.1.3. Participante.....	41
2.1.4. Procedimiento.....	42
2.1.5. Resultados	44
2.2. Tratamiento de Auto-Cambio guiado para estudiantes universitarios con problemas de alcohol (TAGEU).....	45
2.2.1. Escenario	46
2.2.2. Instrumentos	46
2.2.3. Participantes	49
2.2.4. Procedimiento.....	51

2.2.5. Resultados	51
2.3. Prevención Estructurada de Recaídas para estudiantes universitarios con problemas de alcohol, tabaco y otras drogas (PEREU).....	52
2.3.1. Escenario	54
2.3.2. Instrumentos	54
2.3.3. Participantes	54
2.3.4. Procedimiento.....	56
2.3.5. Resultados	57
2.4. Intervención Breve para Bebedores Problema (IBBP).....	57
2.4.1. Escenario	60
2.4.2. Instrumentos	60
2.4.3. Participantes	62
2.4.4. Procedimiento.....	64
2.4.5. Resultados	65
2.5. Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF).....	66
2.5.1. Escenario	67
2.5.2. Instrumentos	67
2.5.3. Participantes	67
2.5.4. Procedimiento.....	69
2.5.5. Resultados	70
2.6. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas (PIBA).....	70
2.6.1. Escenario	72
2.6.2. Instrumentos	72
2.6.3. Participantes	73
2.6.4. Procedimiento.....	75
2.6.5. Resultados	75
2.7. Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).....	76
2.7.1. Escenario	77
2.7.2. Instrumentos	77
2.7.3. Participantes	77
2.7.4. Procedimiento.....	79
2.7.5. Resultados	80
CAPÍTULO III. REPORTE DE CASO ÚNICO.....	81
3.1. Motivo de Consulta	81
3.2. Evaluación.....	82
3.3. Recursos disponibles y déficits	87

3.4. Diagnóstico	87
3.5. Tratamiento	87
3.5.1. Desarrollo del programa por sesiones	90
3.5.1.1. Sesión 1: Evaluación	90
3.5.1.2. Sesión 2: Evaluación (continuación).....	91
3.5.1.3. Sesión 3: Evaluación (continuación).....	92
3.5.1.4. Sesión 4: Entrevista Motivacional.....	93
3.5.1.5. Sesión 5: Entrevista Motivacional (continuación)	95
3.5.1.6. Sesión 6: Plan de tratamiento individualizado.	98
3.5.1.7. Sesión 7: Fase de Iniciación – Identificación de situaciones de uso problemático. ...	101
3.5.1.8. Sesión 8: Fase de Iniciación – Análisis Funcional	107
3.5.1.9. Sesión 9: Fase de Iniciación – Estrategias iniciales de enfrentamiento e incremento del apoyo social.	111
3.5.1.10. Sesión 10: Fase de Iniciación – Manejo de los deseos intensos.....	117
3.5.1.11. Sesión 11: Fase de Iniciación – Manejo de los deseos intensos (continuación).....	121
3.5.1.12. Sesión 12: Fase de Iniciación – Enfrentamiento de la ansiedad.....	125
3.5.1.13. Sesión 13: Fase de Iniciación – Enfrentamiento de la ansiedad (continuación).	129
3.5.1.14. Sesión 14: Fase de Mantenimiento – Relajación.....	134
3.5.1.15. Sesión 15: Fase de Mantenimiento – Relaciones Saludables.....	138
3.5.1.16. Sesión 16: Fase de Mantenimiento – Relaciones Saludables (continuación).....	142
3.5.1.17. Sesión 17: Fase de Mantenimiento – Solución de problemas.	146
3.5.1.18. Sesión 18: Fase de Mantenimiento – Solución de problemas (continuación).....	149
3.5.1.19. Sesión 19: Fase de Mantenimiento – Rechazo del alcohol.	151
3.5.1.20. Sesión 20: Fase de Mantenimiento – Enfrentamiento del pesar.....	154
3.5.1.21. Sesión 21: Fase de Mantenimiento – “Si yo fuera a recaer”.	156
3.5.1.22. Sesión 22: Fase de Mantenimiento – Post-evaluación.	158
3.5.1.23. Sesión 23: Fase de Mantenimiento – Alta.....	158
3.6. Resultados	160
3.7. Seguimientos	163
3.7.1. Seguimiento a un mes	163
3.7.2. Seguimiento a tres meses	163
CONCLUSIÓN GENERAL	165
REFERENCIAS	167

RESUMEN

El presente reporte tiene, como objetivo, recuperar mi experiencia profesional, a partir de un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos en la aplicación de diversos programas cognitivo-conductuales y motivacionales para la atención de diversos patrones de consumo de sustancias psicoactivas, instrumentados durante mi estancia en la Residencia en Psicología de las Adicciones del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM, vinculando los elementos teórico-metodológicos y las competencias adquiridas durante la práctica clínica.

En primer lugar, se presenta el sustento teórico que subyace a los programas que se presentan, cuyo referente se encuentra en la Teoría Cognitiva-Social de Albert Bandura (1986). Posteriormente, se describe la instrumentación de los programas aplicados durante la residencia, a partir de los cuales se obtuvieron resultados favorables en cuanto a la abstinencia o reducción del consumo de los participantes, de las situaciones de consumo que presentaban y del incremento en su autoeficacia para enfrentarse a situaciones de riesgo, principalmente.

Finalmente, se describe la aplicación del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU), con base en la metodología de investigación de diseño de caso único (diseño de pre-prueba/pos-prueba con un solo caso), a una paciente con dependencia sustancial al alcohol, en donde a partir de la aplicación de dicho programa, la paciente logró un cambio en su forma de beber, alcanzando un periodo de abstinencia de 9 semanas, periodo que se mantuvo después de tres meses de haber terminado el tratamiento, además de un decremento en las 8 categorías de situaciones de consumo consideradas en el ISCD-50-A, de acuerdo con los puntajes siguientes: probando el control personal (46.6%), presión social (33.3%), impulsos y tentaciones (13%), emociones desagradables (26%), momentos agradables con otros (40%), conflicto con otros (20%), malestar físico (6.6%), y emociones desagradables (36.6%). Y un incremento en su autoeficacia, en todas las situaciones de consumo consideradas por el CCCD-A-50, con los siguientes puntajes: probando el control personal (83.3%), presión social (93.3%), impulsos y tentaciones (73.3%), emociones desagradables (84%), momentos agradables con otros (84%), conflicto con otros (92%), malestar físico (96%), y emociones desagradables (78%). Así, como una reducción en el número de problemas asociados al consumo. Por lo que se concluyó que el programa fue efectivo.

Palabras clave: Prevención de recaídas, situaciones de consumo, autoeficacia, consumo de alcohol, destrezas de enfrentamiento.

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas, es un fenómeno de salud que se encuentra en constante cambio, influenciado por factores sociales, culturales y económicos, principalmente, cuyo impacto a nivel mundial, se ha presentado sin distinción de género o estrato social, actualmente con mayor participación de las mujeres y de las generaciones más jóvenes (Encuesta Nacional de Adicciones [ENA], 2011a,b,c ; Medina-Mora, Natera, Borges, Cravioto, Fleiz, & Tapia-Conyer, 2001; Romero, 2011; Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Moreno, Robles et al, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2014a; World Medical Association [WMA], 2015).

Nuestro país no ha sido la excepción ya que los datos epidemiológicos más recientes, reportados en la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2011, señalaron que en el caso del consumo de alcohol, casi el 33% de la población entre 12 y 65 años bebieron grandes cantidades por ocasión de consumo, y el 6.6% de las personas entre 18 y 65 años de edad reportó posible dependencia a dicha sustancia, de los cuales, el 11.8% fueron hombres y 1.7% mujeres.

En el caso del consumo de otras sustancias se reportó, en la encuesta referida, que la prevalencia de consumo alguna vez en la vida, del total de la población (de 12 a 65 años de edad) para el consumo de cualquier droga tuvo un crecimiento estadísticamente significativo entre 2002 y 2011, de 5.0% a 7.8%, además de que, el 0.7% de la población de 12 a 65 años de edad reportó indicadores de posible dependencia, en el último año.

Por lo que, la necesidad de atención a dicha problemática constituye un elemento clave en la respuesta al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas. Ya que a pesar de que en el contexto internacional, México es uno de los países con bajo nivel de consumo de drogas, a su vez, reporta un incremento si se consideran las tendencias epidemiológicas más recientes (Villatoro et al., 2012).

En ese sentido, los programas cognitivo-conductuales y motivacionales han demostrado ser costo-eficientes, fáciles de instrumentar en diversos escenarios y flexibles a las necesidades de los usuarios (Brown, 2004; Carroll & Onken, 2005; Lefio, Villaroel, Rebolledo, Zamorano & Rivas, 2013; Magill & Ray, 2009; Hoffman, Asnaani, Vank, Sawyer & Fang, 2012; Miller & Wilbourne, 2001; Quiroga, 2008; Kingdon & Dimech, 2008; Secades, García, Fernández & Carballo, 2007).

Por lo que el presente informe tiene como objetivo recuperar mi experiencia profesional a partir de un análisis sistemático y reflexivo de los resultados obtenidos en las actividades realizadas durante mi formación, vinculando los elementos teórico-metodológicos y las competencias adquiridas durante la práctica profesional.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Panorama epidemiológico

A lo largo de las últimas décadas, el consumo de sustancias psicoactivas en poblaciones vulnerables se ha posicionado como un problema social y de salud, presente en la población a nivel mundial.

Dicho fenómeno se ha visto influenciado por los cambios sociales, como las variaciones en la dinámica y composición de la estructura demográfica de la población, las crisis económicas, la apertura social y cultural y la globalización, las cuales han afectado la vida de las personas en su contexto individual, familiar y social (ENA, 2011a,b,c; Medina-Mora et al., 2001; Medina-Mora et al., 2011; Romero, 2011; Villatoro, et al, 2012)

Los estudios epidemiológicos nacionales y mundiales, demuestran el cambio constante en el que se encuentra este fenómeno, cada vez con mayor participación de las mujeres y de las generaciones más jóvenes. Además, del surgimiento de nuevas sustancias de consumo, y formas de uso (ENA, 2011a,b,c; Media-Mora, et al., 2011; Romero, 2011).

1.1.1. Consumo de Alcohol

Sin duda, el alcohol es una de las principales sustancias psicoactivas, utilizada ampliamente en todo el mundo y en diversos contextos culturales. Sin embargo, su consumo [en poblaciones vulnerables y su consumo inmoderado en poblaciones no vulnerables] implica un riesgo para la salud, así como, consecuencias sociales relacionadas con sus propiedades de intoxicación y de creación de dependencia (OMS, 2014).

La Organización Mundial de la Salud señala que existen diferencias en los niveles de consumo total de alcohol entre las diversas regiones del mundo y entre los países, debido a la interacción de una amplia gama de factores, como son: factores sociodemográficos, las tasas de prevalencia de abstinencia, el nivel de desarrollo económico, aspectos relacionados a la cultura, y los tipos de bebidas preferidas. Así, por ejemplo, los datos más recientes de dicho organismo, publicados en el Informe Mundial de la Situación sobre el Alcohol y la Salud, realizado en 2014, indicaron lo siguiente:

A nivel mundial, el 61.7% de la población (de 15 años o más) reportó no haber consumido alcohol en los últimos 12 meses, y el 13.7% reportó haber dejado el consumo (es decir, consumieron alcohol antes en su vida, pero no en los últimos 12 meses). Por otro lado, casi la mitad de la población mundial adulta (48.0%) reportó nunca haber consumido alcohol.

Con respecto a las personas mayores de 15 años de edad que consumieron (38.3% de la población), en promedio, bebieron 6.2 litros de alcohol puro por año, que se traduce

en 13.5 gramos de alcohol puro por día. Cabe señalar que, la región de las Américas tuvo un consumo de alcohol per cápita de 8.4 litros, con una prevalencia de episodios de consumo excesivo entre los bebedores de 22.0%.

Una cuarta parte de dicho consumo (24.8%) perteneció a alcohol no registrado, es decir, el alcohol casero, producido o vendido fuera de los controles gubernamentales. Del consumo total del alcohol registrado, el 50.1% se consumió en forma de bebidas espirituosas (brandy, whisky, ron, ginebra, vodka, entre otros), que son también el tipo de bebida que más se consume en las regiones de Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental. El segundo tipo de bebida más consumida fue la cerveza, que representó el 34.8%, que es el tipo de bebida más consumida en la Región de las Américas (55.3%).

Cabe mencionar que a pesar de la amplia variación en el consumo total de alcohol en las diversas regiones del mundo. En la región Europea y la Región de las Américas, se siguen encontrando los niveles de consumo más altos; los niveles intermedios se encuentran en la Región del Pacífico Occidental y la Región de África; mientras que los niveles de consumo más bajos se encuentran en la región de Asia Sudoriental y en particular en la región del Mediterráneo Oriental (OMS, 2014).

En el caso específico de nuestro país, el patrón de consumo típico de la población mexicana, es de grandes cantidades por ocasión de consumo, lo cual constituye un patrón de abuso. En total, casi el 33% de la población entre 12 y 65 años beben con ese patrón (ENA, 2011a; García, 2013).

Los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en 2011, señalaron que en la población adulta (18 a 65 años de edad), el 77.1% reportó que había consumido alcohol alguna vez en la vida, cifra que corresponde al 88.1% de los hombres y al 67.0% de las mujeres. En el último año, la prevalencia de consumo fue de 55.7%, (69.3% hombres y 43.2% mujeres). Y el 6.6% de los adultos reportó posible dependencia al alcohol, de los cuales, el 11.8% fueron hombres y 1.7% mujeres.

El 53.6% de los adultos entre 18 y 34 años reportó haber tenido al menos un episodio de consumo alto. En hombres hubo un aumento en la proporción que reportó este patrón de consumo, de 2008 a 2011 (de 45% a 47.2%) y en las mujeres adultas se mantuvo estable, con un 20%. Así mismo, de 2002 a 2011 la posible dependencia al alcohol aumentó en hombres de 8.3% a 10.8% y en las mujeres se triplicó de 0.6% a 1.8% (ENA, 2011a; García, 2013).

Respecto a las bebidas de preferencia reportadas por la población mexicana, se encontró que en los últimos 12 meses, la bebida con la más alta prevalencia fue la cerveza (41.1%), seguida de los destilados (brandy, tequila, ron, whisky, cognac, vodka, etc.) (23.6%), y con porcentajes menores de consumo, los vinos de mesa (6.6%) y las bebidas

preparadas (coolers, Qbitas, etc.) (4.4%). El pulque y otros fermentados (2.1%), así como el alcohol del 960 o los aguardientes (1.3%) presentaron prevalencias menores de consumo (ENA, 2011a).

Por otro lado, es importante mencionar los problemas asociados al consumo en poblaciones vulnerables y el consumo excesivo en poblaciones no vulnerables. En ese sentido, la OMS ha señalado que el consumo de dicha sustancia afecta a las personas y a las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, por la calidad del alcohol. En 2012, aproximadamente 3.3 millones de defunciones, o sea el 5.9% del total de la población mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol (OMS, 2014).

El consumo de riesgo de dicha sustancia es el principal factor de riesgo de las enfermedades en los países en desarrollo, con baja mortalidad, y el tercero en los desarrollados. Además de los numerosos efectos crónicos y graves para la salud (desarrollo de lesiones en el hígado, en el páncreas, enfermedades digestivas, síndromes neurológicos, enfermedades musculares, complicaciones hematológicas, trastornos endócrinos, hiperuricemia, osteopenia, cáncer, hipertensión arterial, trastornos metabólicos, entre otros), el consumo de alcohol también está relacionado con consecuencias sociales, mentales y emocionales generalizada (García, 2013; OMS, 2014, 2015a).

El daño global asociado al consumo de alcohol, tanto en morbilidad como en mortalidad, es considerable. Y se ha estimado que su abuso, por sí solo, representa el 9% de la carga global de enfermedad (años de vida saludable perdidos por muerte prematura o discapacidad) (García, 2013; OMS, 2014, 2015a).

1.1.2. Consumo de Tabaco

Aunque ha habido un cambio en la percepción social sobre el consumo de tabaco como producto adictivo y dañino para la salud, según datos de la OMS, existen en el mundo aproximadamente 1300 millones de fumadores, y cada día 100 mil jóvenes menores de 18 años (de los cuales 80% viven en países en desarrollo) comienzan a fumar (Atlas Mundial de la Salud [AMS], 2015; Guerrero-López, Muños-Hernández, Sáenz & Reynales-Shigematsu, 2013; OMS, 2015c)

En los países más desarrollados del mundo occidental, aproximadamente 3 de cada 10 personas adultas fuman, con porcentajes similares en hombres y mujeres. En muchos países orientales esa cifra es aún más alta, aunque allí, las estadísticas muestran que el hábito está extendido principalmente entre los hombres. Y una de las tendencias que se aprecia a nivel global es que los adolescentes se inician en el hábito de fumar a edades cada vez más tempranas (AMS, 2015).

En México, el 21.7% de la población entre 12 y 65 años, son fumadores activos (31.4% hombres y 12.6% mujeres). Cabe señalar que a partir de la ENA realizada en 2011, se observó una disminución de los hombres fumadores activos, con un 31.4% con respecto a lo reportado en 2002, con un 36.2%. Y en el caso de las mujeres la prevalencia aumentó considerablemente de 3.8% en 2002 a 8.1% en 2011 (ENA, 2011b; Villatoro, Mendoza, Moreno, Robles, Fregoso, Bustos, Medina-Mora, et al., 2014).

De acuerdo a la medición realizada en 2011, el consumo de cigarros por día reportados por los fumadores en general, fue de 6.5 cigarros/día; 6.8 cigarros/día en hombres fumadores y 5.6 cigarros/día en mujeres fumadoras. Y la edad promedio de inicio de consumo entre la población fue de 14.1 años. Así mismo, cabe destacar, que 11.4% de los fumadores activos reportó niveles altos de adicción (1.5 millones), de los cuales 12.6% fueron hombres y 8.6% fueron (ENA, 2011b; Villatoro et al., 2014).

El tabaquismo muestra sus consecuencias en la salud de los mexicanos, al igual que en otros países. La OMS, considera el consumo de tabaco como una de las mayores amenazas para la salud pública que ha tenido que afrontar el mundo, ya que mata a casi 6 millones de personas al año, de las cuales más de 5 millones son consumidores directos y más de 600 000 son no fumadores expuestos al humo ajeno (OMS, 2015b; Guerrero et al., 2013; Moreno & Coutiño, 2013).

Dicho consumo no sólo implica graves daños a la salud individual, también ocasiona pérdidas de productividad laboral, mortalidad prematura, así como elevados costos para el sector salud, ya que el consumo de esta sustancia se asocia al 71% de los cánceres de pulmón, 42% de las enfermedades pulmonares crónicas y 10% de las enfermedades cardiovasculares. Por lo cual, el consumo de tabaco se mantiene hoy en día como la principal causa de muerte prevenible a nivel mundial (OMS, 2015b; Guerrero et al., 2013).

1.1.3. Consumo de Otras drogas

De acuerdo al Informe Mundial sobre Drogas (IMD, 2014), en general, la prevalencia mundial del consumo de drogas se mantiene estable, y el total de consumidores en el mundo se va ajustando cada vez más al aumento de la población mundial, a pesar de que cada región tiene sus peculiaridades respecto a determinadas drogas. Sin embargo, el poli-consumo de drogas, entendido, como el consumo de dos o más sustancias a la vez o consecutivamente, sigue siendo un problema grave, tanto de salud pública como en lo que respecta a la fiscalización.

A nivel mundial, se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3.5% al 7.0% de la población de entre 15 y 64 años de edad, consumieron por lo menos una vez, alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los

opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico. Por otro lado, el consumo de drogas problemático (por consumidores habituales y personas que sufren trastornos de consumo o dependencia) se mantiene estable en una cifra situada entre los 16 y los 39 millones de personas (Degenhardt & Hall, 2012; IMD, 2014).

En el contexto internacional, México es uno de los países con bajo nivel de consumo de drogas, pero que, a su vez, reporta un incremento si se consideran las tendencias epidemiológicas más recientes (Villatoro et al., 2012).

De acuerdo a la ENA de 2011, la prevalencia alguna vez en la vida, del total de la población (de 12 a 65 años de edad) para el consumo de cualquier droga y cualquier droga ilegal, tuvo un crecimiento estadísticamente significativo entre 2002 y 2011. En el primer caso, la prevalencia pasó de 5.0% a 7.8%, y en el segundo, de 4.1% a 7.2%. Así mismo, el 0.7% de la población de 12 a 65 años de edad reportó indicadores de posible dependencia, en el último año.

Las diferencias entre hombres y mujeres en dicho periodo, indicaron que, en los hombres, el consumo de cualquier droga pasó de 8.6% a 13%. En las mujeres, la prevalencia de consumo de cualquier droga pasó de 2.1% a 3.0%. Siendo la droga de preferencia para ambos la marihuana, con un 6.0% y la cocaína con 3.3%. Y en cuanto a la edad de inicio del consumo, ésta se mantuvo en los últimos tres años en 20.1 años de edad para los hombres y 18.5 años para las mujeres (Villatoro et al., 2012).

En el caso de la población adolescente (12 a 17 años de edad) el consumo de cualquier droga creció significativamente, de 1.6% en 2002 a 3.3% en 2011. Mientras que el consumo de cualquier droga ilegal aumentó significativamente de 1.3% a 2.9%. Manteniéndose la marihuana, como la droga de mayor consumo (2.4%), seguida de los inhalables (0.9%) y la cocaína (0.7%) (Villatoro et al., 2012).

Por otro lado, la población adulta (de 18 a 34 años de edad) reportó las prevalencias más altas de consumo. El consumo de cualquier droga pasó de 6.5% en 2002 a 11.3% en 2011.

En tanto, la prevalencia de cualquier droga ilegal casi se duplicó de 5.7% a 10.6%. Asimismo, el resto de las drogas ilegales presentan crecimientos importantes entre 2002 y 2011. Tal es el caso del consumo de marihuana que pasó de 4.6% a 8.7%, el de cocaína se incrementó de 2.4% a 5.2%, el crack pasó de 0.2% a 1.9%, los alucinógenos de 0.4% a 1.3% y los estimulantes tipo anfetamínico de 0.1% a 1.5% (Villatoro et al., 2012).

Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres, se encontró que los hombres presentan la prevalencia más alta para el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida, con un incremento significativo de 11.5% en 2002 a 18.5% en 2011. Asimismo, el

consumo de cualquier droga ilegal creció de 11.0% a 17.8%. En el caso de las mujeres, se registró un incremento importante ya que el consumo de cualquier droga pasó de 2.8% a 4.6% y de drogas ilegales de 1.7% a 3.9% (Villatoro et al., 2012).

Cabe señalar que las tendencias apuntan a que el fenómeno de consumo de sustancias seguirá en aumento, a la par del crecimiento de la población. Así como por el incremento de los factores de riesgo derivados de los factores sociales.

Considerando los datos anteriores, es preciso señalar las consecuencias asociadas al consumo de drogas. Entre los cuales, se ha registrado que a nivel mundial dicho consumo se asocia a la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas. En 2012 se informó de un total aproximado de 183.000 muertes relacionadas con las drogas, cifra que corresponde con una tasa de mortalidad de 40.0 muertes por millón en la población de entre 15 y 64 años (IMD, 2014).

1.2. La Teoría cognitiva social, como modelo explicativo de la conducta humana y de la conducta adictiva.

Albert Bandura, integró sus años de investigación básica, realizada bajo un marco conductista y de aprendizaje social, en lo que él llamó la teoría cognitiva social (TCS), cuyo alcance se extendió más allá de los problemas de aprendizaje y/o modificación de la conducta (Stajkovic & Luthans, 1998).

Dicha teoría se basa en un modelo de determinismo recíproco trídico, donde el funcionamiento humano es producto de la interacción entre los determinantes personales (las influencias intrapersonales: procesos cognoscitivos), los determinantes conductuales (la conducta en sí), y los determinantes ambientales (el medio ambiente que influye sobre ellos). Donde la autoeficacia es uno de los elementos centrales, ya que es un componente elemental de las influencias intrapersonales, que son parte de las condiciones determinantes en la interacción dinámica del determinismo recíproco (Bandura, 1986; Bandura, 2012; Stajkovic & Luthans, 1998).

En la TCS, esta relación triangular no implica, necesariamente, la simetría en la fuerza de las influencias bidireccionales entre los tres elementos mencionados (determinantes personales, determinantes conductuales y determinantes ambientales). Aunque los tres, pueden estar presentes en un momento dado, en un entorno determinado, eso no significa que todos ellos ejercen influencia igual y simultánea en la persona. Esto implica que la fuerza de influencias mutuas entre cualquiera de los factores no es fija en la causalidad recíproca. Por lo tanto, es importante señalar, que la influencia relativa ejercida por uno, dos, o los tres factores que interactúan en el comportamiento humano, puede variar dependiendo de diferentes actividades, los diferentes individuos, y en diferentes circunstancias (Bandura, 2012; Stajkovic & Luthans, 1998).

Dicha teoría define la naturaleza de la persona a partir de cinco capacidades básicas: 1) simbolización, 2) anticipación, 3) aprendizaje vicario, 4) auto-regulación, y 5) capacidad auto-reflexiva (Stajkovic & Luthans, 1998).

1) Simbolización

Sugiere que los seres humanos tienen una capacidad de simbolización que les permite reaccionar con éxito, cambiar y adaptarse a sus respectivos entornos, mediante el uso de los símbolos. Es decir, las personas procesan y transforman las experiencias visuales inmediatas en modelos cognitivos internos que a su vez sirven como guías para sus acciones futuras.

A través de la simbolización, las personas también pueden atribuir un significado, forma, y duración a sus experiencias pasadas. Por lo tanto, en lugar de aprender las respuestas de comportamientos adecuados únicamente mediante conductas (como la teoría del reforzamiento sugeriría) y posiblemente sufrir errores dolorosos, pueden probar posibles soluciones (simbólicamente) primero, y luego eliminarlas o aceptarlas sobre la base de éstos procesos de pensamiento.

2) Anticipación

Bandura afirma que las personas no sólo reaccionan de inmediato a su entorno a través de un proceso simbólico, sino que también anticipan su conducta futura. Es decir, las personas no reaccionan simplemente a su ambiente inmediato, la mayor parte de su conducta, que es propositiva, es regulada por la anticipación. Es decir, anticipan las posibles consecuencias de sus actos, se proponen metas, y planean cursos de acción futuros.

La capacidad para la acción intencional y propositiva se ancla a la actividad simbólica. Y aunque los eventos futuros no pueden servir como determinantes de la conducta, su representación cognitiva tiene un fuerte impacto causal en la acción presente. Al anticipar resultados simbólicos, las personas pueden convertir las consecuencias futuras en motivadores actuales y reguladores de la conducta futura. En ese sentido, el pensamiento anticipatorio es traducido en acción a través de la ayuda de los mecanismos auto-reguladores.

3) Aprendizaje vicario

De acuerdo con la TCS, casi todas las formas de aprendizaje pueden ocurrir de manera vicaria, mediante la observación del comportamiento de los demás y sus consecuencias posteriores. La capacidad para aprender por observación, capacita a las personas para adquirir reglas, generar y regular patrones conductuales, sin tener que aprenderlos por ensayo y error. La abreviación del proceso de adquisición a través del aprendizaje observacional es vital tanto para el desarrollo como para la supervivencia.

4) Autorregulación

Bandura señala que gran parte de la conducta humana está motivada y regulada por criterios internos y reacciones auto-evaluativas de las propias acciones. Es decir, después de que se han adoptado criterios personales, las discrepancias entre una ejecución y el criterio contra el que se mide, activan reacciones auto-evaluativas, que influyen en la conducta subsecuente. Así, un acto incluye entre sus determinantes, influencias auto-producidas.

5) Capacidad auto-reflexiva

También llamada conciencia auto-reflexiva, permite a las personas, pensar y analizar sus experiencias y procesos de pensamiento. Al reflexionar sobre sus diferentes experiencias, las personas pueden generar un conocimiento específico sobre su entorno y sobre sí mismos. Entre los tipos de conocimiento que las personas derivan de la auto-reflexión, ninguno es más central que el juicio de sus capacidades para hacer frente eficazmente a las diferentes situaciones ambientales. Es parcialmente sobre la base de las autopercepciones de autoeficacia, que eligen qué hacer, o qué tanto esfuerzo invertir en las actividades, y cuanto perseverar ante resultados adversos.

En ese sentido, la TCS explica la forma en que las personas tratan de controlar diversos aspectos o eventos de su vida, mediante la regulación de sus propios pensamientos y actos, la evaluación de los progresos hacia sus objetivos y la regulación de sus pensamientos, emociones, y sus propias acciones. Es decir, la conducta de la persona está motivada y regulada por normas internas y por las reacciones valorativas de sus propios actos. Y una vez adoptadas las normas personales, las discrepancias entre la realización de una conducta y el criterio con el que se evalúan, propician actos de autoevaluación que influyen en el comportamiento posterior, así cada acción está integrada influenciada por sus determinantes.

Sin embargo, dicha teoría no sólo proporciona los conocimientos para predecir el comportamiento, sino que también plantea una teoría del aprendizaje y el cambio. La porción de aprendizaje de la teoría, que es una característica clave del modelo de cambio, especifica cómo los individuos adquieren estructuras de conocimiento; inclinaciones cognitivas, sociales y emocionales; y competencias conductuales. Por lo que, este cuerpo de conocimientos, para llevar a cabo el cambio personal y social, es una de las señas de identidad de la teoría cognitiva social (Bandura, 2012).

Desde esta perspectiva, el aprendizaje es visto como la adquisición de conocimientos a través del procesamiento cognitivo de la información, se reconocen los orígenes sociales de gran parte del pensamiento y la acción humana (lo que los individuos aprenden por ser parte de una sociedad), mientras que la parte cognitiva reconoce la contribución influyente de los procesos de pensamiento de la motivación humana, actitudes

y acciones. Es decir, los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales, se adquieren predominantemente, mediante la observación de un modelo, pudiendo favorecerse de esta forma el aprendizaje de determinadas conductas. Sin embargo, es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo, por medio de la exposición a modelos que presenten conductas apropiadas (Quiroga, 2008; Stajkovic & Luthans, 1998).

Por otro lado, la TCS también postula la autoeficacia y expectativas (relacionados con la situación y la acción) como determinantes centrales del comportamiento. Las expectativas cobran importancia, ya que influyen en la percepción de que algunas consecuencias están determinadas por el medio ambiente, y, por lo tanto, están separadas del control personal. Y por su parte, la autoeficacia se constituye como elemento central, ya que afecta el comportamiento directamente, e influye en los otros determinantes (Armitage & Conner, 2000; Bandura, 1998; Bandura, 2012).

Con el concepto de autoeficacia, Bandura hace referencia a la confianza en la propia capacidad para llevar a cabo una determinada conducta. Aunque, puede implicar también la regulación de la propia motivación, los estados afectivos, los recursos cognitivos, las condiciones ambientales, y los cursos de acción necesarios para ejecutar con éxito una tarea específica dentro de un contexto dado (Bandura, 1998; Stajkovic & Luthans, 1998).

La autoeficacia no es un acto determinado, o simplemente una cuestión de saber qué hacer. Más bien, se trata de una capacidad generativa, en la que las habilidades cognitivas, sociales y de comportamiento, deben ser organizadas en cursos integrados de acción para servir a propósitos innumerables. Lo cual, requiere de un despliegue e improvisación continua de sub-destrezas para manejar las múltiples situaciones (y que se encuentran en constante cambio) que se presentan. Así mismo, los juicios de autoeficacia determinan, cómo las personas distribuirán su esfuerzo, cuánto se extenderá, y cuánto tiempo van a persistir de cara a los obstáculos o experiencias aversivas (Bandura, 1982, 2012).

Aquellas personas con menor sentido de autoeficacia, tendrán dudas sobre sus capacidades, disminuirán sus esfuerzos o renunciarán por completo, mientras que, aquellos que tengan un mayor sentido de autoeficacia ejercerán más esfuerzo y confianza para superar los retos u obstáculos presentes en diversas situaciones (Bandura, 1982).

La TCS, por lo tanto, predice que los comportamientos se realizan si se percibe control sobre el resultado, pocas barreras externas, y la confianza en la propia capacidad para realizarlo (Armitage & Conner, 2000).

En el caso de las conductas adictivas, la TCS asume una serie de supuestos que difieren de las teorías biológicas, que se enfocan en un modelo de enfermedad médica y que hace énfasis en un proceso bioquímico incontrolable. Aunque esto no implica que el

involucramiento excesivo en un hábito adictivo esté libre de consecuencias físicas negativas. Dichos supuestos son los siguientes (Collins & Marlatt, como se citó en Quiroga, 2008; Pedrero, 2002).

- a) La conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo.
- b) Dichas cogniciones se acumulan a través de la interacción social en el curso del desarrollo del individuo, por una parte, a través de las experiencias con los efectos directos de la sustancia, e interpersonales indirectos de la conducta de consumo de otros.
- c) Los determinantes principales de la conducta de consumo son los significados funcionales que se le atribuyen, en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas.
- d) Los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido de que cada episodio puede contribuir posteriormente a la formación del hábito, por su significado funcional o por limitar las opciones de conductas alternativas.

Por lo tanto, las conductas adictivas representan una categoría de “malos hábitos”, incluyendo conductas tales como beber de manera problemática, fumar, o abusar de otras sustancias psicoactivas. En términos de la frecuencia de ocurrencia, las conductas adictivas van en un continuo de uso, más que ocurrir en términos de categorías fijas o discretas, tales como uso excesivo (pérdida de control) o abstinencia total. Y todos los puntos del continuo de frecuencia de ocurrencia, desde el muy infrecuente, pasando por el uso normal, hasta el uso excesivo, están gobernados por procesos de aprendizaje similares (Marlatt, 1985; Pedrero, 2002)

De este modo, se considera a las conductas adictivas como hábitos sobre-aprendidos que pueden ser analizados y modificados de la misma manera que otros hábitos. Y la evaluación de la auto-eficacia permite identificar las áreas de vulnerabilidad, lo cual proporciona guías para el tratamiento (Bandura, 1999).

En ese sentido, la TCS señala que la conducta adictiva, opera dentro de una estructura causal, que involucra la relación del determinismo recíproco triádico. Desde dicha perspectiva los factores personales internos (cognitivos, afectivos y biológicos), los patrones de comportamiento, y los eventos ambientales, funcionan como determinantes que influyen entre sí de forma bidireccional. Además, de la amplia red de influencias socio-estructurales dentro de las que operan los individuos (Bandura, 1999).

Las diversas formas en las que estos factores afectan el comportamiento, se da en gran medida a través de auto-procesos, en lugar de hacerlo directamente. Sin embargo, el sistema de auto-procesos no es meramente un conducto para las influencias externas, como

una perspectiva reduccionista. Ya que la mente humana es generativa, creativa, aspirante, y proactiva, y no sólo reactiva. Por lo tanto, las personas son los productores y los productos de sus condiciones de vida (Bandura, 1999).

En el caso específico del consumo alcohol, como conducta adictiva, la TCS a diferencia del modelo de enfermedad médica, que hace énfasis en un proceso bioquímico incontrolable, donde el alcohólico es considerado como una víctima de la enfermedad y de los agentes químicos. La TCS enfatiza las propiedades psicológicas del alcohol y de sus efectos (Collins & Marlatt, como se citó en Quiroga, 2008). Por lo que, Abrams y Niaura (1987) mencionaron los siguientes aspectos:

1. El aprender a consumir alcohol es una parte integral del desarrollo psicosocial y de la socialización dentro de una cultura. Las conductas, creencias, actitudes y expectativas relacionadas con el consumo de alcohol se forman, principalmente, por medio de las influencias sociales de la cultura, la familia y los pares. Gran parte del aprendizaje tiene lugar aún antes de que el niño o el adolescente pruebe el alcohol. Esta influencia se ejerce, de manera indirecta, por las actitudes, expectativas y creencias, y de forma directa, por el modelamiento del consumo, por los medios que describen el consumo y por el reforzamiento social del mismo. La influencia de los agentes socializadores puede ser necesaria, pero no es suficiente, para explicar el desarrollo del abuso y la dependencia al alcohol.

2. Existen factores predisposicionales, a nivel de diferencias individuales, que pueden interactuar con la influencia de los agentes socializadores y de las situaciones, y así, determinar los patrones iniciales del consumo de alcohol. Estas diferencias individuales pueden ser de naturaleza biológica, sociológica o psicológica y pueden ser heredadas y/o aprendidas. Los factores genéticos y farmacológicos pueden incrementar el riesgo del abuso de alcohol en individuos vulnerables. Los factores psicosociales incluyen los déficits o excesos en destrezas, tales como la incompetencia social o la dificultad en el manejo de emociones negativas. La ausencia de modelos de consumo normal o la presencia de los modelos de consumo excesivo pueden también resultar en alto riesgo de abuso en el consumo.

3. Las experiencias directas con el alcohol se tornan incrementadamente importantes, en la medida en que continúa el desarrollo y experimentación con el alcohol. Se considera que el uso continuo del alcohol se ve reforzado, negativamente, por factores tales como la reducción de la tensión, y positivamente, por factores tales como las propiedades eufóricas del alcohol al incrementar la interacción social. Estos efectos son mediados, importantemente, por las expectativas socialmente aprendidas que pueden ser las determinantes predominantes de los efectos, especialmente a bajas dosis.

4. Como resultado de que cualquier factor predisposicional de diferencia individual (o combinación de factores) interactúa con una demanda situacional actual y mina la capacidad de un individuo para el enfrentamiento efectivo, la percepción de eficacia personal se ve disminuida y es más probable que ocurra un abuso de alcohol, en lugar de un consumo normal. Como resultado de que el individuo ha aprendido (expectativas de resultados positivos) que el consumo de alcohol proporciona un método, a corto plazo, para enfrentar las demandas de una situación o produce alivio de una consecuencia aversiva, seleccionará por consiguiente el consumo de alcohol. La probabilidad de que continúe el consumo de alcohol es alta si un individuo es incapaz de aprender a desarrollar destrezas de enfrentamiento alternativas más adaptativas. De esta manera, un déficit en destrezas de enfrentamiento psicosocial (predisposición), a la luz de un desafío externo, puede contribuir a la percepción de eficacia que lleve a un decremento en la fuerza y duración de los esfuerzos de enfrentamiento alternativos. Y si debido a estas expectativas aprendidas vicariamente, o por experiencia directa (o por ambas), el individuo espera que el alcohol produzca un resultado deseado, entonces el consumo se llevará a cabo. En esencia, el principal determinante proximal del consumo se caracteriza por un alto grado de tensión, debido a que: (a) los estresores ambientales exceden la capacidad de enfrentamiento, (b) existe una baja autoeficacia para ejecutar conductas de enfrentamiento alternativas, y (c) existen expectativas de resultados de que el alcohol producirá los resultados deseados, en tanto que, (d) hay una minimización de las consecuencias negativas a largo plazo. De esta manera, los episodios de consumo abusivo de alcohol ocurrirán, dependiendo de la severidad de las demandas ambientales, de la disponibilidad de alcohol y de los repertorios de destrezas de enfrentamiento alternativos. Se asume, que en el consumo normal el individuo posee un autocontrol adecuado y una capacidad para demorar la gratificación, de tal suerte que puede elegir, fácilmente, formas alternativas de enfrentamiento, a pesar de que sean menos inmediatas, menos poderosas y que no produzcan un efecto tan rápido como lo hace el alcohol.

5. Si se mantiene el consumo de alcohol, las propiedades reforzantes de la tolerancia adquirida (p. ej. efectos de eliminación del estrés) actuarán para promover la ingestión de mayores cantidades de alcohol con el fin de alcanzar los mismos efectos que anteriormente se conseguían con cantidades menores. De esta manera, la tolerancia adquirida a los efectos directos reforzantes del alcohol pueden actuar como un mediador secundario de los consumos posteriores de alcohol y pueden, en parte, ser también determinados por factores heredados biológicamente.

6. Si se incrementa el nivel de consumo de alcohol, y el consumo se mantiene a lo largo del tiempo, se aumenta el riesgo de desarrollar dependencia física y/o negativamente, al evitarse los síntomas de retiro asociados con los periodos agudos de abstinencia del alcohol. La dependencia psicológica puede también motivar el abuso de alcohol. El individuo emplea al alcohol, incrementadamente, como el único método para enfrentar los problemas

psicosociales, tales como los severos cambios de humor, la ansiedad social y los déficits en destrezas sociales. Las señales ambientales, tales como la vista y olor del alcohol pueden, en sí mismas, producir “demandas ambientales” (p. ej. tornarse en estímulos que producen una forma de “cravings” cognitivos, experimentados como fuertes deseos o urgencias por consumir alcohol).

7. Sin embargo, el abuso de alcohol no es sólo el resultado de variables biológicas, ambientales proximales y psicológicas. Cualquier episodio de abuso de alcohol tiene consecuencias individuales y sociales recíprocas que pueden exacerbar el consumo posterior, al poner tensión y estrés en las interacciones persona-ambiente subsecuentes. Por un lado, el individuo se torna incrementadamente dependiente del alcohol para alcanzar los resultados positivos a corto plazo (euforia, mejor interacción social, alivio de la tensión). Por otro lado, la conducta del individuo produce consecuencias personales y ambientales devastadoras a largo plazo. La repetición de la conducta de consumo produce, a menudo, consecuencias sociales indeseables, tales como el comportarse agresivamente, cambios de humor, pérdida del empleo, divorcio y una espiral descendente hacia el aislamiento de la sociedad y de sus reforzadores alternos. El consumidor problema severo o alcohólico se encuentra abandonado o con personas que constituyen modelos pobres (otros compañeros alcohólicos como él) y con un muy limitado e inflexible conjunto de métodos alternativos de enfrentamiento. Este determinismo recíproco predice que las reacciones de los demás (para evitar al alcohólico) también producirán un aumento en el estrés, pérdida de apoyo social y un decremento posterior en la autoeficacia y en la capacidad de enfrentamiento, siendo así, que la pérdida de apoyo social lleve a una incrementada dificultad de enfrentamiento con los estresores ambientales, que a su vez, produzcan un consumo posterior que traiga como resultado un alivio a corto plazo, pero una pérdida de apoyo social a futuro, y así consecutivamente. Se produce un círculo vicioso negativo de interacción persona-ambiente; las consecuencias negativas se mantienen recíprocamente, hasta que se alcanza un punto crítico, como cuando el alcoholismo es tan severo que tienen que intervenir las agencias sociales (policía, sistema médico, rehabilitación). Resulta importante señalar que el determinismo recíproco puede explicar el poderoso proceso de “pérdida de control”, sin tener que recurrir a un proceso de enfermedad biológica subyacente y a la consideración de un individuo “alérgico al alcohol”.

8. La influencia de estos variados factores sociales, situacionales e intraindividuales sobre el consumo del alcohol variaran, tanto entre los individuos como en los mismos individuos, a lo largo del tiempo. Se considera que la influencia de cualquier factor o combinación de factores es aplicable a lo largo del rango del consumo de alcohol, desde la abstinencia, consumo social controlado y consumo episódico problemático, hasta la dependencia al alcohol. De esta manera, se asume que no hay una sola combinación de factores requeridos para producir un bebedor problema o un alcohólico (no hay una personalidad alcohólica, un solo marcador genético, o estresor ambiental) y no hay una progresión inexorable hacia

“etapas” de alcoholismo claramente definidas. Por el contrario, lo que se asume es que existen múltiples rutas biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación, sujetas a los mismos principios del aprendizaje social.

9. La recuperación dependerá de la capacidad del individuo para elegir la exploración de formas alternativas de enfrentamiento. Se requiere tanto de las destrezas generales de enfrentamiento que exige la vida diaria como de las destrezas específicas de autocontrol necesarias para abordar el consumo. Por medio de la práctica directa, la persuasión verbal, el modelamiento y las rutas fisiológicas, el individuo debe adquirir y practicar, de manera exitosa, las destrezas intrapersonales e interpersonales alternativas para el desarrollo de altos niveles de autoeficacia para resistir las situaciones demandantes. El individuo deberá ser tan auto-reflexivo que le permita identificar riesgos ambientales potenciales o personales antecedentes del consumo de alcohol. El individuo debe adquirir las destrezas auto-regulatorias y de demora de la gratificación que le permitan una mejor toma de decisiones sobre el consumo de alcohol. Las expectativas positivas excesivas acerca de las consecuencias del consumo de alcohol deberán ser reemplazadas por un conjunto más balanceado de expectativas que incluyan las consecuencias negativas a largo plazo. Aquellos que presenten problemas de alcohol particularmente severos y factores de predisposición al riesgo, tendrán mejores resultados si eligen la abstinencia total del consumo de alcohol. Algunos podrán ser capaces de recurrir al consumo controlado, pero deberán de establecerse, de manera clara, los perfiles y conductas para estos sub-grupos.

Con base en dicha teoría, es preciso mencionar una serie de cogniciones que destacan en la explicación del fenómeno del consumo de sustancias, como: las atribuciones, la valoración cognitiva, las expectativas de autoeficacia y las expectativas de efectos relacionados con la sustancia (Bandura, 1977, 1994).

1.2.1. Procesos atribucionales

Una atribución es una explicación que el individuo da, acerca de la ocurrencia de un evento. Las personas desarrollan estilos atributivos (la forma de explicar los eventos en su vida que pueden tener algún efecto en el desarrollo de problemas emocionales y de conductas disfuncionales). Estas dimensiones atributivas pueden ser: interna/externa, estable/inestable, global/específica. Y se asume que las atribuciones tienen un peso considerable en la percepción del problema de abuso de sustancias y en su recuperación (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Pedrero, 2002).

Se considera que la naturaleza de los estilos atribucionales de los abusadores de alcohol tiene mucho que ver con las percepciones que tienen sobre dicho problema y de su enfoque para la recuperación. Por ejemplo, una persona dependiente al alcohol puede creer que tomaba porque se consideraba débil (una atribución interna), o porque estaba rodeado por gente que lo incitaba a que tomara (una atribución externa). Puede creer que su fracaso

en mantener la abstinencia demuestra que es una persona débil que no puede tener éxito en nada (una atribución global) o que un episodio de consumo no representa una debilidad general y que, en su lugar, es debido a circunstancias específicas de un momento (una atribución específica). Puede creer que la causa de su “resbalón” es algo que no puede cambiar (una atribución estable) o que la próxima vez, ejecutará mejores respuestas de afrontamiento (una atribución inestable). Mientras que es probable que las atribuciones internas, globales y estables para el consumo de alcohol, lleven a sentimientos de desesperanza y un retorno a la bebida. Por otro lado, es probable que las atribuciones externas, específicas e inestables, lleven a mayores esfuerzos para afrontar con situaciones similares en el futuro (Quiroga, 2008).

En el caso de las respuestas emocionales y las atribuciones, que se presentan en la decisión individual de consumir. Se considera que, si la persona atribuye el consumo a características internas, estables y globales, entonces es probable que se sienta enojado, deprimido, sin esperanza e indefenso. Y es menos probable que estas reacciones ocurran y sean menos pronunciadas, en personas que están más firmemente comprometidas con la meta de abstinencia o moderación, que para aquellos que han mantenido tales metas durante un mayor tiempo (Quiroga, 2008).

Marlatt y Gordon (1985) describieron el “efecto de violación de la abstinencia”, como aquel proceso atribucional negativo que puede ocurrir después de un “resbalón” (el primer consumo de una sustancia después de un período de abstinencia) y que puede llevar a un consumo continuo de una recaída total. Dicho proceso involucra la atribución de la causa de un “resbalón” inicial, a factores internos, globales y estables. Es decir, las personas pueden creer que son alcohólicos fracasados y sin, que nunca podrán ser capaces de lograr y mantener la sobriedad, y que no tiene caso tratar de cambiar porque no creen que puedan tener éxito (Pedrero, 2002; Quiroga, 2008).

En la práctica, la terapia cognitivo-conductual desafía el proceso atribucional y las repercusiones emocionales de una recaída. Si ocurre un resbalón, se hace consciente al usuario de sus atribuciones más negativas en relación con la recaída (interna, estable y generalizada) para que identifique estas tendencias y aprenda como cambiarlas. Y se le ayuda a que vea la recaída como el resultado de una carencia de destrezas de enfrentamiento apropiadas para la situación particular, que puede ser alterada con entrenamiento o práctica, y que no implica que todo lo que hace está mal. Con lo cual se pretende que la persona reduzca su sentimiento de desesperanza y pérdida de control (Pedrero, 2002; Quiroga, 2008).

1.2.2. Valoración cognitiva

Existen dos diferentes niveles de valoración cognitiva. El primer nivel, es una valoración primaria, y representa la percepción que tiene el individuo sobre la situación, y una estimación del nivel potencial de estrés, desafío personal, o la amenaza, que implica tal situación. La segunda valoración, representa la evaluación del individuo sobre su habilidad para afrontar los desafíos y satisfacer las demandas específicas de la situación. Esta valoración secundaria que resulta influida por el grado, naturaleza y disponibilidad de las destrezas de afrontamiento que posee el individuo, posteriormente media la percepción de estrés del individuo y de su respuesta emocional (Folkman & Lazarus, 1988; Quiroga, 2008).

El grado en que el individuo sienta que posee las destrezas de afrontamiento conductual, cognitivo o emocional, para satisfacer los desafíos de la situación, será valorada como menos desafiante o estresante. Para un terapeuta cognitivo-conductual, las valoraciones cognitivas que realiza un individuo sobre las situaciones estresantes y su habilidad para afrontarlas, constituyen influencias importantes para la iniciación y mantenimiento del abuso de sustancias; así como para la recaída, después de que cesa el consumo (Marlatt & Gordon, 1985; Quiroga, 2008),

1.2.3. Expectativas de autoeficacia

La expectativa de autoeficacia es la creencia de que tan capaz se es para ejecutar con éxito un comportamiento, requerido para obtener determinados resultados. Aquí la carencia de habilidades de afrontamiento contribuye de manera importante. Dichas expectativas, se determinan, en parte, por el repertorio de destrezas de enfrentamiento del individuo y por una valoración de su efectividad, en relación con las demandas específicas de la situación.

Estas expectativas son cambiantes y se pueden modificar a partir de nueva información sobre las capacidades del individuo. Cabe señalar que este constructo, es aplicable a cualquier fenómeno psicológico que implique elección de comportamientos y esfuerzo en actividades que puedan tener consecuencias adversas (Araque, López-Torrecillas, De Los Riscos & Godoy, 2001; Bandura, 1977; Villamarín, *s.f.*; Quiroga, 2008).

Bandura (1977) destaca que los procedimientos psicológicos, cualquiera que sea su forma, alteran el nivel y la fuerza de la autoeficacia. Y hace el planteamiento de que las expectativas de autoeficacia, determinan si se iniciará la conducta de afrontamiento o no, y cómo se invertirá el esfuerzo, y el tiempo que se mantendrá de cara a los obstáculos y a las experiencias aversivas. Por lo tanto, sugiere que la autoeficacia ejerce una influencia sobre la conducta del individuo, a través de los sistemas cognitivo, motivacional y emocional. Si

una persona tiene baja autoeficacia debido a una carencia en las destrezas de enfrentamiento necesarias, entonces se espera que presente pensamientos y creencias negativas o distorsionadas sobre sí mismo y hacia la situación, esto ocasiona una disminución en su motivación para enfrentar el problema. Lo que ocasiona que el individuo se manifieste deprimido y que se perciba como desamparado (Bandura, 1994; Quiroga, 2008).

Dichas expectativas se determinan a partir de: a) la elección de comportamientos (el que se inicien unos u otros) y por b) el grado de esfuerzo y persistencia en los comportamientos elegidos cuando surgen obstáculos y dificultades. Y pueden distinguirse tres dimensiones de las expectativas de autoeficacia: 1) magnitud o nivel (las expectativas de autoeficacia son mayores en la medida en que más tareas del mismo tipo, pero de dificultad creciente, es decir, el individuo se siente capaz de ejecutar acciones); 2) fuerza (cuando las expectativas de un individuo son débiles, pocos fracasos en la ejecución de un comportamiento le harán desistir de su empeño. Y si las expectativas de eficacia son fuertes perseverará en sus esfuerzos de la situación); 3) generalidad (el individuo puede sentirse capaz de ejecutar una determinada tarea, pero no otra. La generalización de las expectativas de autoeficacia de una tarea a otra se producirá en función del grado de semejanza entre ellas) (Bandura, 1977; Villamarín, *s.f.*).

1.2.4. Expectativas de efectos relacionados con el consumo

En el caso de las conductas adictivas, la carencia aparente de destrezas de enfrentamiento entre los consumidores de sustancias juega un papel importante para las expectativas de autoeficacia. Ya que los enfoques cognitivo-conductuales postulan, cómo los bajos niveles de autoeficacia se encuentran relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y con un incremento en la probabilidad de recaída después de que se ha logrado la abstinencia. En el caso del alcohol, se ha considerado a la autoeficacia como el grado de confianza que tiene el individuo en su habilidad de abstenerse de consumir en escenarios en donde existe riesgo de consumirlo (Annis & Davis, Diclemente & Fairhurst, Marlatt & Gordon, como se citó en Quiroga, 2008).

Es decir, en la medida en que el consumo de alcohol es reforzado por los efectos derivados del mismo, es probable que el individuo desarrolle un conjunto de expectativas positivas sobre sus sentimientos y conducta (Burke & Stephens, 1999; Goldman, 1994).

1.3. Programas cognitivo-conductuales-motivacionales para la atención al consumo nocivo de sustancias adictivas.

Diversos estudios empíricos realizados a lo largo de los años, han dado cuenta de un vasto soporte científico acerca de la eficacia de diversos programas de tratamiento que han abordado el fenómeno del consumo nocivo de sustancias adictivas, principalmente aquellos

de corte cognitivo-conductual-motivacional (Brown, 2004; Carroll & Onken, 2005; Hoffman et al., 2012; Kingdon & Dimech, 2008; Lefio et al., 2013; Magill & Ray, 2009; Miller & Wilbourne, 2001; Quiroga, 2008; Secades et al., 2007).

El modelo cognitivo-conductual-motivacional, se basa en un enfoque biopsicosocial, que integra el entrenamiento cognitivo-conductual en destrezas y el empleo de estrategias de incremento motivacional, entre los que destaca de manera particular, la entrevista motivacional. Dicho enfoque se basa en un modelo que combina los déficits en destrezas y los aspectos motivacionales, asumiendo que los individuos con problemas de consumo de alcohol u otras drogas, carecen de información y de destrezas que le faciliten el consumo moderado o la abstinencia. Así como, un déficit motivacional para hacer uso de la información y los recursos con que cuentan (Quiroga, 2008; Sobell, Sobell & Agrawal, 2009).

Los elementos que subyacen a este enfoque incluyen: (a) la aplicación de estrategias de automanejo cognitivo-conductual (técnicas conductuales de establecimiento de metas, automonitoreo, manejo del consumo, recompensa al logro de la meta, aprendizaje de destrezas alternas de enfrentamiento); (b) el análisis funcional del consumo de sustancias psicoactivas, es decir, entender el consumo en el contexto de sus antecedentes y consecuencias; (c) las habilidades, a través de las cuales el individuo aprende a reconocer las situaciones o estados en los que él o ella, es más vulnerable al consumo, y evitar esas situaciones de alto riesgo, cuando que sea necesario y/o posible, y utilizar una serie de estrategias conductuales y cognitivas para hacer frente eficazmente a esas situaciones; (d) el empleo de estrategias de incremento motivacional, entre las que destaca, la entrevista motivacional; y el empleo del método de reducción del daño (Carroll & Onken, 2005; Quiroga, 2008; Sobell et al., 2009).

Cabe señalar que este enfoque se caracteriza por el énfasis en el desarrollo de habilidades que pueden ser utilizadas inicialmente para fomentar la abstinencia o la moderación en el consumo, pero que también se puede aplicar a una amplia gama de problemas concurrentes. Lo cual constituye un factor importante en la evidencia para la durabilidad a largo plazo de los efectos de la terapia cognitivo-conductual y motivacional (Carroll & Onken, 2005).

1.3.1. Entrevista Motivacional

Desarrollada por Miller y Rollnick, la entrevista motivacional se define como un método centrado en el cliente para mejorar la motivación intrínseca de cambiar, mediante la exploración y la resolución de la ambivalencia. El cual se ha mostrado eficaz, sobre todo para reducir el consumo de alcohol u otras drogas y los problemas asociados al mismo, o incrementar la adherencia a los tratamientos, especialmente con personas que son resistentes al cambio (Brown, 2004; Markland, Ryan, Tobin & Rollnick, 2005; Secades et al., 2007).

En ese sentido su propósito es incrementar la motivación del cliente hacia el cambio, es decir, incrementar la probabilidad de que el cliente inicie, continúe y cumpla con las acciones que se requieren para su recuperación. Por lo tanto, su utilidad principal se ubicaría durante las sesiones iniciales, aun cuando es un estilo que puede emplearse a lo largo del proceso de intervención terapéutica (Brown, 2004; Miller, como se citó en Quiroga & Vital, 2003d)

La entrevista motivacional permite al cliente expresar abiertamente su ambivalencia con el fin de orientarlo a una resolución satisfactoria de sus motivaciones en conflicto con el objetivo de provocar cambios hacia conductas apropiadas. Por lo que a partir de un proceso confrontacional, pero no en el sentido usual, pretende hacer que el cliente desarrolle mayor conciencia y responsabilidad personal sobre su problema de consumo, y que establezca un compromiso para cambiar. Donde la estrategia subyacente para hacerlo, es crear una disonancia o discrepancia entre la conducta actual de la persona y metas personales importantes. Ya que una meta primaria de la entrevista motivacional es incrementar la conciencia individual y personal de sus riesgos y problemas (Markland et al., 2005; Miller, como se citó en Quiroga & Vital, 2003d).

Por lo tanto, la función del consejero no es persuadir directamente o coaccionar al cliente para que cambie, más bien, es colocar la responsabilidad en el cliente para que decida por sí mismo su postura hacia realizar un cambio. En ese sentido, el papel del terapeuta en el proceso es ayudar al cliente a localizar y aclarar su motivación para el cambio, y ofrecer perspectivas alternativas sobre el problema del consumo y las formas posibles de cambiar (Markland et al., 2005).

Existen varias razones para considerar este enfoque, en primer lugar, es el hecho de que los clientes tienden a estar más comprometidos con un plan que perciben como propio, dirigido a sus preocupaciones personales. En segundo lugar, es el efecto paradójico de las afirmaciones del terapeuta, hacia la negación (conducta resistente) del cliente, la que se encuentra poderosamente influenciada por la manera en que el terapeuta se relaciona con él (Markland et al., 2005; Miller, 1996, como se citó en Quiroga & Vital, 2003d).

Markland et al. (2005), describen cuatro principios generales establecidos por Miller y Rollnick (2002), que sustentan las técnicas y estrategias de la entrevista motivacional: la expresión de la empatía, el desarrollo de la discrepancia, rodando para abordar la resistencia del cliente, y el apoyo a la auto-eficacia.

El énfasis en la importancia de la expresión de empatía, por un terapeuta, es una característica fundamental, ya que se ha demostrado que es un elemento predictivo de éxito en el tratamiento. Así, la entrevista motivacional se centra en la posición de que el cambio de comportamiento sólo es posible cuando el cliente se siente personalmente aceptado y valorado. Por lo tanto, la empatía crucial para proporcionar las condiciones necesarias para una exitosa exploración de cambio tenga lugar.

Por otro lado, el desarrollo de la discrepancia, consiste en explorar los pros y contras de los comportamientos actuales del cliente y los cambios en los mismos, dentro de un ambiente de apoyo y aceptación, con el fin de generar o intensificar la conciencia de la discrepancia entre los comportamientos actuales y los objetivos más amplios y valores del cliente. Miller describe este proceso como el ingrediente activo subyacente a la eficacia de la entrevista motivacional y argumenta que el desarrollo de discrepancia provoca el movimiento hacia la coherencia entre los comportamientos del cliente y sus valores fundamentales.

Finalmente, en el principio de apoyar la autoeficacia para el cambio, se reconoce que, incluso si el cliente está motivado para modificar sus comportamientos, no se producirá el cambio a menos que el cliente crea, que tiene los recursos y capacidades para superar las barreras y aplicar con éxito nuevas formas de comportarse.

En ese sentido la entrevista motivacional ha hecho una importante contribución al campo del tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, ya que se ha convertido en una herramienta capaz de ayudar a los clientes y a los profesionales de la salud para abordar las motivaciones, emociones encontradas, y los conflictos que se encuentran en el corazón del fenómeno del consumo de sustancias. A partir del trabajo para ayudar a indagar en lo que los clientes realmente quieren y valoran (Hettena, Steele & Miller, 2005; Miller, como se citó en Quiroga & Vital, 2003d; Rollnick & Allison, 2004).

En un meta-análisis realizado por Hettena, Steele y Miller (2005), con 72 ensayos clínicos que abarcaron una variedad de problemas de salud (consumo alcohol y drogas, adherencia terapéutica, juego patológico, desórdenes alimenticios, etc.), se encontró que la entrevista motivacional jugaba un papel fundamental en el desarrollo exitoso del tratamiento, ya que al comparar los tratamientos que no incluían el componente motivacional, con aquellos que sí lo incluían. Los tratamientos que integraron la entrevista motivacional, mostraron ser más eficaces, principalmente en el campo del consumo nocivo de sustancias.

1.3.2. Programas de incremento motivacional/retroalimentación

En los programas de incremento motivacional o retroalimentación, se asume en general, que los individuos que presentan abuso de sustancias psicoactivas, tienen déficits motivacionales para hacer uso de los recursos y las destrezas con que cuentan; y que carecen de información y/o retroalimentación personal relevante sobre su consumo, su relación con las normas de la población y los posibles daños a la salud. De manera particular, se considera que los estudiantes universitarios que beben alcohol y/o consumen otras drogas, de manera peligrosa, o que han experimentado problemas, en raras ocasiones identifican su consumo como riesgoso o problemático. También, en raras ocasiones, buscan tratamiento u otro tipo de ayuda, por voluntad propia. Por esta razón, este enfoque introduce un programa de información, retroalimentación o desarrollo de la motivación, dentro de un formato de intervención o tratamiento breve (Quiroga & Cabrera, 2003d; Quiroga, 2008).

Así mismo, las estrategias de incremento motivacional que integran dichos programas, se caracterizan por, un estilo de consejo no confrontativo, que privilegia los aspectos de índole motivacional sobre los conductuales (Quiroga & Cabrera, 2003d; Quiroga, 2008).

1.3.3. Intervenciones Breves

Las intervenciones breves han evolucionado y proliferado como una herramienta clave en la salud pública en los últimos años, especialmente para el consumo de sustancias psicoactivas. Ya que, son cortas concisas y fáciles de administrar, utilizando técnicas prácticas y costo-efectivas que pueden ser empleadas como un enfoque inicial de atención a la salud, en este caso, hacia el consumo de sustancias psicoactivas. Dichas intervenciones consisten principalmente en la sensibilización o motivación de los individuos; y en proporcionar información relevante acerca de la problemática de consumo (Brown, 2004; Quiroga, 2008).

Típicamente se define a la intervención breve como la interacción mínima con un médico o profesional de la salud, que se centra en los riesgos a la salud asociados con el consumo, y cuya duración va de varios minutos hasta varias sesiones, incluyendo una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados, etc. Y cuyo objetivo es identificar un problema de alcohol u otras drogas, real o potencial y motivar al individuo a que haga algo al respecto (Brown, 2004; Quiroga, 2003).

Por otro lado, la definición proporcionada por la OMS, señala que las intervenciones breves constituyen una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol y/o drogas que las pone en

riesgo; y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad y en algunos casos, incluso, antes de que adviertan que su estilo de consumo puede causarles problemas (Heather, 2004; OMS, 2001; Quiroga, 2003; 2008).

En ese sentido, Miller y Rollnick (1991) emplearon el acrónimo “FRAMES” con el fin de capturar los ingredientes activos de las intervenciones breves con efectividad demostrada: (1) Feedback: información-retroalimentación sobre el estado actual de salud, riesgos y conducta normativa; (2) Responsibility: énfasis depositado en la responsabilidad del cliente para el cambio; (3) Advice: consejo sencillo en qué cambiar, y sugerencias para la moderación; (4) Menu: provisión de un rango de opciones de atención del cual seleccionar; (5) Empathy: habilidad para ver la situación desde la perspectiva del cliente, al tiempo que se mantiene un pie fuera de su realidad; (6) Self-efficacy: creencia del cliente en su habilidad en lograr cambios exitosos.

Por lo tanto, las intervenciones incluyen el reconocimiento del problema, el compromiso de la persona hacia el cambio, y un breve entrenamiento en habilidades, en un ambiente que promueve la reducción de daños, lo cual ofrece una alternativa importante en el abordaje de los problemas de consumo de alcohol y drogas (Heather, 2004).

Cabe señalar que, en diversos estudios se han reportado resultados favorables a partir de la aplicación de intervenciones breves basadas en un enfoque cognitivo-conductual- motivacional, tanto para el uso alcohol como de otras drogas, especialmente la marihuana. En los cuales, de manera general, se identificó en los participantes: una disminución en la cantidad y frecuencia de consumo; periodos de abstinencia posteriores a las intervención; disminución de los problemas asociados al consumo; e identificación de los riesgos asociados al consumo (Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998; Bien, Miller & Tonigan, 1993, Brown, 2004; Copeland et al, 2001; Fisher et al., 2013; Martínez, Pedroza, Salazar, Ruíz & Ayala, 2008; Poikalainen & Med, 1999; Quiroga, 2003, 2008; Seppa, Pekuri, Kaariainen & Aalto, 2004).

1.3.4. Entrenamiento en destrezas

El enfoque de entrenamiento en destrezas proporciona estrategias cognitivo-conductuales con la finalidad de cambiar la conducta de consumo y los hábitos de estilo de vida asociados al mismo, a través del incremento de la efectividad de las respuestas de enfrentamiento, del desarrollo y fortalecimiento de destrezas y del incremento en la auto-eficacia de las personas. Ya que la consideración que subyace a dicho enfoque, es que el individuo carece de las destrezas para efectuar el cambio deseado, por lo que el terapeuta debe enseñarle formas o maneras para cambiar su conducta. Por lo que suele emplearse, el juego de roles, la práctica y sesiones de retroalimentación, modelamiento o sesiones de solución de problemas, etc (Parks, Marlatt & Anderson, 2004, Quiroga, 2003; Secades et al., 2007).

Es decir, las personas con antecedentes de problemas de consumo pueden ser deficientes en habilidades (como pensamiento racional, solución de problemas, asertividad, etc). Por lo que, generalmente a partir de un análisis funcional se identifican los déficits en destrezas, que la persona presente, para que posteriormente se realice el entrenamiento y desarrolle las destrezas de enfrentamiento necesarias (Parks et al., 2004; Quiroga, 2003, 2008; Secades et al., 2007).

Otros programas también incorporan los componentes de información, clarificación de valores y a la reeducación normativa, pero lo hacen dentro del contexto de la enseñanza de destrezas para modificar creencias o conductas asociadas con el consumo de alcohol de alto riesgo. Los programas cognitivo-conductuales y motivacionales, cubren un rango que va desde: programas de entrenamiento en destrezas específicas (en los que se incluyen procedimientos que desafían las expectativas, el automonitoreo/autoevaluación del consumo o problemas relacionados con el consumo); programas de entrenamiento en destrezas genéricas de la vida, relacionadas de manera indirecta con el consumo, tales como el entrenamiento en habilidades sociales, en el manejo del estrés, en la solución de problemas, en combinación con entrenamiento en destrezas específicas focalizadas en el consumo (como autocontrol del consumo); y programas de entrenamiento en destrezas de balance en el estilo de vida, con poca o ninguna relación directa con consumo, tales como destrezas genéricas de entrenamiento en el manejo del estrés, de entrenamiento en el manejo del tiempo libre o de entrenamiento en habilidades sociales (Quiroga, 2008).

1.3.5. Prevención de recaídas

El enfoque de prevención de recaídas, desarrollado originalmente por Marlatt y Gordon (1985), se puede considerar como una especie de ramificación particular de los programas cognitivo-conductuales y motivacionales, que actualmente se ha posicionado como uno de los enfoques con mayor influencia en el tratamiento del consumo nocivo de sustancias adictivas. Ya que lo que se ha reportado en diversos estudios, ha consolidado una importante evidencia científica acerca de su eficacia. Dicho modelo se integra de una serie de estrategias para reducir la probabilidad y severidad de una recaída después de la cesación o reducción del consumo de alcohol u otras drogas (DiClemente, Holmgren & Rounsaville, 2011; Farabee et al., 2013; Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011; Larimer, Palmer & Marlatt, 1999; Secades et al, 2007; Quiroga, 2008).

Basado en el modelo biopsicosocial, en el cual existen múltiples factores que influyen sobre la conducta (factores biológicos como: influencias genéticas, celulares, neuronales y fisiológicas; factores psicológicos como: cogniciones e historia de aprendizaje; y factores sociales como: relaciones interpersonales y sistemas de apoyo social), el enfoque de prevención de recaídas, se encuentra estrechamente relacionado con el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento, dado que incorpora elementos interpersonales e intrapersonales de entrenamiento en destrezas, con la finalidad de

incrementar la habilidad de las personas para responder efectivamente a situaciones que disparan su consumo, y que tienen una alta probabilidad de provocarles deseos intensos de consumir o de iniciar una recaída (Larimer et al., 1999; Hendershot et al., 2011; Quiroga, 2008).

El supuesto básico que subyace a este enfoque es que tanto los determinantes inmediatos, es decir, las situaciones de alto riesgo, destrezas de enfrentamiento, expectativas de resultados, así como el efecto de violación de la abstinencia; y los antecedentes encubiertos, como los factores del estilo de vida y los impulsos y deseos intensos de beber, pueden contribuir a que se presente una recaída (DiClemente et al., 2011; Hendershot et al., 2011; Larimer et al., 1999).

Por lo que, este enfoque incorpora numerosas estrategias de tratamiento, específicas y globales. Las estrategias específicas, incluyen la identificación de situaciones de riesgo “específicas” para cada paciente, y la mejora de sus destrezas para hacer frente a dichas situaciones, lo que aumenta la autoeficacia y elimina los mitos con respecto a los efectos de las sustancias, su función en la vida de la persona, y la reestructuración de las percepciones del paciente hacia el proceso de recaída. Por otro lado, las estrategias globales hacen énfasis en el desarrollo de un estilo de vida más balanceado y saludable para el paciente (DiClemente et al., 2011; Larimer et al., 1999; Parks et al., 2004).

En general, bajo el enfoque de prevención de recaídas, el tratamiento comienza con una evaluación de las características ambientales y emocionales de las situaciones que son potencialmente asociados con la recaída (es decir, situaciones de alto riesgo). Y después de identificar esas características, se trabaja mediante el análisis funcional de las situaciones de alto riesgo, es decir, en el análisis de sus antecedentes y consecuencias para examinar los factores del estilo de vida de la persona que aumentan el involucramiento en situaciones de alto riesgo. Sobre la base de dicho análisis, se diseñan estrategias para trabajar en las debilidades del repertorio cognitivo y conductual del paciente para reducir el riesgo de recaída (DiClemente et al., 2011; Larimer et al., 1999; Parks et al., 2004).

En ese sentido, cabe destacar, el factor de la motivación en la prevención de recaídas, ya que constituye elemento importante para su desarrollo exitoso. Existe amplia evidencia de que el aspecto motivacional para realizar un cambio, así como la “esperanza” en los resultados del tratamiento y los objetivos de los pacientes, relacionados con los resultados de éxito en el tratamiento (DiClemente et al., 2011).

DiClemente, Holmgren & Rounsaville (2011), señalaron que al inicio del tratamiento, la motivación, las actitudes e intenciones, que los individuos ponen en tratamiento están relacionadas con la interrupción temprana del consumo de alcohol y otras drogas, así como con el éxito a largo plazo.

Por otro lado, aquellas personas que ingresan a tratamiento después de tomar la decisión de cambiar y dar pasos hacia el cambio tienen un mejor pronóstico en comparación con aquellos que entrar en el tratamiento aún no ha tomado una decisión y/o algunas medidas para realizar el cambio. Y aquellos que se ven más comprometidos con el cambio y lo demuestran en las sesiones de tratamiento por las declaraciones verbales que indican una determinación para cambiar, también tienen mejores resultados.

1.3.6. Reducción del daño

Este método se basa en la consideración de que las conductas adictivas, pueden ubicarse a lo largo de un continuo de consecuencias dañinas. Donde, la meta principal consiste en facilitar el tránsito a lo largo de este continuo, desde los efectos más dañinos a los menos dañinos (Marlatt & Witkiewitz, 2002; Marlatt, Tucker, Donovan & Vuchinich, 1997; Quiroga, 2003, 2008).

La reducción del daño establece una jerarquía de metas, en la que las más inmediatas y realistas a alcanzar son, el consumo libre de riesgos, o en caso de que resulta apropiado, y la abstinencia. Las conductas de ingesta de drogas traen como resultado ya bien sea, efectos que son benéficos (como es el caso de los medicamentos que salvan la vida), neutrales, o dañinos. La asignación de un valor positivo o negativo (un beneficio o un daño) a tales efectos resulta subjetiva y abierta a la controversia, pero un marco de referencia de reducción del daño ofrece al menos un medio pragmático por medio del cual las consecuencias pueden ser evaluadas de manera objetiva (Marlatt & Witkiewitz, 2002; Quiroga, 2008).

En ese sentido, la reducción del daño es un buen método para hacer coincidir a los individuos, que no están interesados en cambiar su conducta de consumo de alcohol u otras drogas y proporcionar incentivos de motivación (por ejemplo, hablando de las consecuencias negativas que la persona está experimentando) para motivar su deseo para el cambio positivo (Marlatt & Witkiewitz, 2002).

Así, un enfoque de atención escalonada para la atención del consumo de sustancias psicoactivas, constituye un elemento apropiado, ya que puede iniciar en la prevención universal (como la psicoeducación y entrenamiento en habilidades sobre el consumo) como la primera línea de defensa contra el desarrollo de problemas. Posteriormente, para las personas que desarrollan problemas, el tratamiento sería ofrecido con el aumento de los niveles de intensidad. Es decir, un individuo que está experimentando problemas menores relacionados con el consumo puede beneficiarse de una intervención breve, tal vez en un centro de atención primaria. Y si la intervención breve no fuera eficaz, o si el problema avanza, a continuación, se haría el escalamiento a una intervención de tratamiento más intensa (Marlatt & Witkiewitz, 2002).

En pocas palabras, la reducción del daño es un modelo continuo de cambio. Al reconocer que los cambios en los estilos de vida ocurren normalmente de manera gradual a lo largo del tiempo, los practicantes de la reducción del daño hacen hincapié y alientan al logro de cambios graduales (p. ej., metas próximas versus distantes), y visualizando como éxito los pasos en la dirección de reducir conductas dañinas o peligrosas (Quiroga, 2003).

Por otro lado, con los programas de reducción de daños se busca también, que las personas afectadas directamente por la problemática del consumo de sustancias psicoactivas, tengan facilidad en la búsqueda de ayuda y acceso al tratamiento, en lugar de dictar los requisitos y procedimientos para acceder a los servicios (Marlatt et al., 1997).

1.3.7. Modelo transteórico del cambio

El modelo transteórico desarrollado por Prochaska y DiClemente (1984) ha tenido un gran impacto en la conceptualización de la motivación del cliente para el cambio dentro del campo del tratamiento de las conductas adictivas. Y parte de la premisa básica de que el cambio es un proceso dinámico, y que las personas tienen diversos niveles de motivación al cambio.

El modelo ha sido denominado transteórico, ya que, desde el principio, las construcciones que se utilizaron, vinieron de diferentes teorías sobre el comportamiento humano y los diferentes puntos de vista de cómo cambian las personas. Así, el modelo es ecléctico y tiene una deuda de gratitud con muchos pensadores e investigadores en las áreas de la psicoterapia y la ciencia del comportamiento (Di Clemente, 1999).

Dicho modelo, considera tres dimensiones que representan distintos aspectos del proceso de cambio. En primer lugar, las personas se mueven dentro de cinco etapas de cambio (que reconocen la naturaleza de la motivación, temporal y del desarrollo del proceso de cambio) que son: precontemplación (no considera iniciar o cambiar un comportamiento); contemplación (está considerando seriamente la posibilidad de realizar un cambio); preparación (está comprometido y planea realizar un cambio); acción (está realizando el cambio); mantenimiento (sostenimiento del cambio de comportamiento en el tiempo). En segundo lugar, el modelo establece que, en el proceso de cambio, los principios dinámicos y los procesos vivenciales cognitivos y conductuales, son clave para mover a una persona a través de las cinco etapas. Por último, las etapas de cambio representan las áreas interactivas de la vida de un individuo que influyen y son influenciados por los cambios en cualquiera de los cinco niveles (Di Clemente, 1999).

De manera general, el modelo de los estadios-de-cambio, en conjunto con la entrevista motivacional, proveen un mapa conceptual para evaluar la posición y curso actual del individuo. En lugar de esperar el momento “correcto” o “ventana de oportunidad” para actuar, la entrevista motivacional empalma el estadio de cambio en que

se encuentra el cliente con las estrategias motivacionales apropiadas correspondientes. Por ejemplo, un terapeuta que emplea la entrevista motivacional se dirige a incrementar la percepción de riesgo y de los problemas en un contemplador, y a un cliente en el estadio de preparación, le ayudará con estrategias específicas para iniciar la acción. La resistencia del cliente es empleada como retroalimentación, que le indica al terapeuta que ha rebasado el continuo motivacional en que se ubica el cliente. Cuando este es el caso, la tarea del terapeuta es dar marcha atrás y empalmarse con el cliente y empezar a moverse hacia delante, una vez más (Quiroga, 2008).

CAPÍTULO II. FORMULACIÓN DE PROGRAMAS

2.1. Detección e Intervención Breve de Alcohol y otras Drogas para Estudiantes Universitarios (DIBADEU).

Descripción

Es una Intervención breve cognitivo-conductual y motivacional de consulta externa desarrollada originalmente por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999), y traducido y adaptado en la Facultad de Psicología de la UNAM por Quiroga y Cabrera (2008).

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 gráfica y personalizada sobre los factores de riesgo para el consumo; (f) el aconsejar al paciente 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 el método de reducción del daño y busca motivar al paciente a moderar o dejar su consumo de alcohol y/u otras drogas. Consta de una *sesión de evaluación* (con 50 minutos adicionales, después de la primera sesión, para el llenado de medidas de auto-reporte); y una *sesión de Retroalimentación y Consejo*; 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, de las consecuencias negativas relacionadas del consumo, del índice de dependencia, de la historia familiar de consumo y problemas de psicopatología, así como, indagar acerca de las actitudes que tiene sobre la sustancia y la motivación que presenta para cambiar su patrón de consumo. Para ello, se realiza una entrevista al paciente y se le aplica una batería de instrumentos específicos a las áreas de evaluación.

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 psicoeducativa sobre el alcohol y/u otras drogas. Como parte final de la sesión, se le 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 los logros obtenidos. También se le informa al paciente que el contacto con el terapeuta está disponible, en caso de que lo requiera.

Perfil del usuario

El programa DIBADEU está dirigido a estudiantes universitarios que presentan consumo excesivo, abuso o dependencia leve al alcohol, tabaco u otras drogas, con base en los criterios de abuso y dependencia del DSM-IV; que ya han experimentado problemas debido a su consumo, o bien, que se encuentran en alto riesgo de experimentarlos. Y sin deterioro cognitivo severo.

2.1.1. Escenario

El programa DIBADEU se aplicó en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD), que pertenece a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) el cual proporciona servicios psicológicos (individual y grupal) a la comunidad universitaria y a público en general que solicite el servicio.

2.1.2. Instrumentos

a) Algoritmo de Compromiso para el Cambio de Alcohol/Otras Drogas (Alcohol/Otras Drogas) (ACC-A, ACC-OD).

Dichos instrumentos desarrollados por Shoerber y sus colaboradores (1995) y traducidos y adaptados por Quiroga y Vital (2003a) son utilizados para clasificar al paciente dentro de uno de los cinco estadios de cambios basados en el Modelo de Prochaska y DiClemente (1984). Dichos estadios son: 1) precontemplación (uso de alcohol/otras drogas durante los últimos 30 días y no está considerando dejarlo(as) en los próximos 30 días); 2) contemplación (uso de alcohol/otras drogas durante los pasados 30 días pero está considerando dejarlo(as) en los próximos 30 días); 3) preparación (uso de alcohol/otras drogas durante los pasados 30 días, pero llevó a cabo por lo menos un intento de 11 días de abstinencia continua para dejarlo(as) 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).

b) Cuestionario de Consumo Diario de Drogas (CCD-D).

Desarrollado originalmente por Collins, Parks y Marlatt (1985), para evaluar el consumo diario de alcohol, fue traducido y adaptado para el consumo de otras drogas distintas al alcohol por Quiroga y Cabrera (2008). Es un cuestionario auto-administrado que

evalúa el consumo de otras drogas, consta de 7 recuadros que señalan el patrón de consumo para cada día, de una semana típica de consumo durante el último mes. El paciente indica su consumo típico para cada día de esa semana y el número típico de horas que dedica al consumo en cada día. Además, incluye una segunda serie de preguntas en las cuales se indaga el lugar de residencia y si el paciente contó con un empleo remunerado durante los 3 meses previos

c) Cuestionario de Efectos Comprensivos de las Drogas (CEC-D).

El cuestionario de los Efectos Comprensivos de las Drogas, fue traducido y adaptado para el consumo de otras drogas distintas al alcohol, por Quiroga y Cabrera (2008), a partir del cuestionario de los Efectos Comprensivos del Alcohol (CEA), desarrollado originalmente por Fromme, Stoor y Kaplan (1993).

Es un cuestionario auto administrado de 38 reactivos que evalúa tanto las expectativas positivas como las negativas del consumo de otras drogas distintas al alcohol. Los factores de expectativa positiva incluyen a la sociabilidad, reducción de tensión, y a la sexualidad. Los factores negativos incluyen el deterioro cognitivo y conductual, el riesgo y la agresión, y la auto-percepción.

Los reactivos se centran en los efectos específicos discretos de otras drogas. En primer lugar, los usuarios indican en una escala de 4 puntos si están en acuerdo o desacuerdo con una creencia particular. Se contesta en una escala de 5 puntos una calificación de la deseabilidad del efecto percibido. Las expectativas de resultados positivos del consumo de drogas son aquellas evaluadas con probabilidad de ocurrencia y percibidas como deseables. Los factores positivos y negativos del CEC-D demuestran adecuada consistencia interna, confiabilidad test – retest en un periodo de dos meses (0.66 – 0.72 para la expectativa positiva y 0.75 – 0.81 para la expectativa negativa) y validez de constructo. La alfa de Crombach para la expectativa positiva fue de 0.87; en tanto que la expectativa negativa fue de 0.82. El tiempo requerido para la aplicación del CEC-D va de 5 a 10 min (Quiroga & Cabrera, 2008).

d) Cuestionarios del Árbol Familiar para evaluar la historia familiar de problemas de drogas y alcohol (CAF-D/ CAF-A).

El Cuestionario del Árbol Familiar fue traducido y adaptado por Quiroga (2003b) del Family Tree Questionnaire for the Assessment of Family History of Alcohol Problems (Mann, Sobell, Sobell & Hart, 1985). Proporciona a los examinados un conjunto consistente de claves para que identifiquen a sus parientes consanguíneos que tienen problemas de otras drogas distintas al alcohol, empleando un diagrama de un árbol familiar para parientes. Se ha evaluado la confiabilidad de los parientes paternos y maternos a nivel

de primer (hermanos y padres) y segundo grado (abuelos, tíos, tías) de muestras de examinados adictos y no-adictos y los resultados han señalado que ambos pueden clasificar de manera confiable a sus parientes como adictos o consumidores problema en un test-retest de dos semanas de intervalo (Mann et al., 1985; Vogel-sprott, Chipperfield & Hart, 1985; Quiroga, 2008).

e) Cuestionario frecuencia-cantidad de droga.

Desarrollado originalmente por Miller, Kivlahan, Dimeff y Baer (1999), y traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera en 2008, es un cuestionario auto-administrable de 3 reactivos que evalúan el consumo del usuario, durante el último mes. Toma en cuenta, la mayor cantidad consumida en ese periodo, la cantidad consumida en una tarde típica de fin de semana y qué tan a menudo consumió durante el último mes.

f) Encuesta Breve de Conductas Sexuales (BSBS).

La Encuesta Breve de Conductas Sexuales (BSBS) fue desarrollada por Dimeff, Baer, Kivlahan y Marlatt (1999) y en 2003 fue traducida y adaptada por Quiroga y Cabrera. Evalúa conductas sexuales en adolescentes, indagando acerca del número y género de parejas sexuales, uso del condón, y otras (seguras o riesgosas) prácticas sexuales. La encuesta también incluye preguntas sobre el consumo de alcohol y otras drogas durante la relación sexual. El tiempo requerido para su administración es de 3 minutos.

g) Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Drogas (ERPC-D).

El ERPC-D fue adaptado para el consumo de otras drogas distintas al alcohol de la Evaluación de los Riesgos Percibidos de Consumir Alcohol (APRA) por Quiroga y Cabrera (2003a), desarrollado originalmente por Duthie et al. (1991). Es un instrumento auto-administrable de 16 reactivos que evalúan la probabilidad percibida de estudiantes universitarios para experimentar problemas del consumo excesivo a través del curso de sus años en la universidad. Los estudiantes emplean una escala de 7 puntos para evaluar qué tan probable es que experimenten una consecuencia negativa particular (e.j. crudas, peleas, etc.) como consecuencia del consumo de drogas. Los datos del ERPC-D también pueden ser considerados en contra de la motivación del cambio del estudiante (e.j., baja percepción de riesgo y baja motivación para cambiar, percepción real del riesgo con base en la experiencia actual de las consecuencias negativas y una alta motivación a cambiar, etc.). Se requiere de 4 minutos aproximadamente para su administración.

h) Forma de Evaluación de las Normas de Consumo de Drogas (FENC-D).

El FENC-D, fue traducido y adaptado para el consumo de otras drogas distintas al alcohol, de la Forma de evaluación de las normas de consumo de alcohol (DNRF) por

Quiroga y Cabrera, 2008. Dicho instrumento fue desarrollado originalmente por Baer et. al. (1991). El instrumento indaga sobre qué tanto y qué tan a menudo consume un estudiante típico universitario y qué tanto y qué tan a menudo consumen los estudiantes que residen en diferentes contextos (Ej. que viven con su familia, con otros parientes, solo o con amigos). Si las percepciones de las normas de ingesta universitaria que tiene el estudiante son significativamente imprecisas pueden ser confrontadas durante las sesiones de la retroalimentación, con base en los datos normativos existentes. La administración del FENC-D requiere de 5 minutos aproximadamente (Quiroga & Cabrera, 2008).

i) Índice de Problemas de Alcohol/Otras Drogas de Rutgers (IPAR/IPDR).

El IPAR/IPDR son cuestionarios auto-administrables que constan de 23 reactivos que permiten evaluar el problema de ingesta de alcohol u otras drogas en adolescentes y jóvenes. El dominio que mide lo constituyen las consecuencias negativas del beber/consumir. El tiempo de administración es de 10 minutos aproximadamente, presenta una confiabilidad de 0.92 y un coeficiente de estabilidad a los 3 años, de 0.40. Dicho instrumento fue traducido y adaptado del Rutgers Alcohol Problem Index de White y Labouvier, 1989 y traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera, 2003b y 2008 respectivamente.

j) Inventario de Consecuencias del Consumo de Droga (ICC-D).

El ICC-D fue traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera (2008a) para el consumo de otras drogas distintas al alcohol, a partir del desarrollado originalmente por Miller, Toningan y Longabaugh (1994) para el consumo de alcohol. Es un cuestionario auto-administrable de 50 reactivos que evalúan las consecuencias adversas del abuso de otras drogas durante los últimos 12 meses, en 5 áreas: física, interpersonal, intrapersonal, control de impulsos, responsabilidad social y una escala de control. También se les solicita a los examinados que contesten qué tan a menudo experimentaron una experiencia en particular en los últimos 3 meses. El tiempo de administración requerido es de 10 minutos.

k) Perfil breve del consumidor de drogas (patrón de consumo constante/episódico) (BDP).

Es un método de entrevista desarrollado originalmente por Miller y Marlatt (1984) traducido y adaptado por Quiroga y Cabrera (2008) para el consumo de otras drogas distintas al alcohol. Permite evaluar el consumo de otras drogas, incluye medidas para el patrón de consumo constante y episódico.

- l) Prueba breve de Michigan sobre detección de antecedentes familiares de adicción a drogas en la familia (SMAST).

El SMAST, fue adaptado por Quiroga y Cabrera (2003a), a partir del instrumento desarrollado por Crews y Sher en 1992. Dicha prueba es autoadministrable y evalúa la historia parental de consumo de otras drogas distintas al alcohol de ambos padres. El tiempo requerido para su administración es de 5 minutos.

- m) Prueba de Detección del Abuso de Drogas (PDAD-20).

Elaborada por Skinner (1982), traducida y adaptada por Quiroga & Vital (2003d) para su uso en población universitaria, consta de 20 reactivos dicotómicos que miden la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento del paciente con el consumo de otras drogas distintas al alcohol. La prueba presenta una confiabilidad de 0.86.

2.1.3. Participante

Paciente del sexo masculino, que a partir de ahora se nombrará como D.M., era un adolescente de 16 años de edad, estudiante de primer año de bachillerato, soltero, era hijo único y vivía con sus padres. Acudió a tratamiento por recomendación de las autoridades de su escuela, debido a que lo encontraron fumando marihuana dentro de las instalaciones, situación por la que fue suspendido temporalmente. D.M. refirió que deseaba obtener información sobre la marihuana y dejar de consumir.

El paciente comentó que había iniciado el consumo de marihuana hacía 5 meses, por curiosidad acerca del efecto, y mencionó que a partir de ese momento empezó a consumir. De acuerdo al Cuestionario de Consumo Diario de Drogas (CCD-D), Perfil Breve del consumidor de drogas (patrón de consumo constante/episódico) (BDP), y al Cuestionario de frecuencia-cantidad de drogas, D.M., reportó un patrón de consumo de ¼ de cigarro por ocasión, tres veces a la semana, aproximadamente. Dicho patrón de consumo, se mantuvo constante durante tres meses. Cabe señalar que, de acuerdo los criterios de dependencia establecidos en el DSM-IV, el paciente no presentó dependencia a la marihuana.

D.M. señaló que generalmente fumaba con un amigo, y que disfrutaba de la parte inicial del efecto, porque sentía que disfrutaba más los sabores de lo que comía, que era más creativo en ese momento y que podía “reflexionar” y “disfrutar” más lo que estuviera haciendo, o que podía relajarse con mayor facilidad. Aunque después no le agradaba sentirse “cansado” y “con sueño”. De acuerdo al Cuestionario de Efectos Comprensivos de la Droga (CEC-D), D.M. consideraba que fumar marihuana sería, divertido, facilitaría la expresión de sus sentimientos, estaría más creativo, se le facilitaría comunicarse con los demás, su cuerpo estaría relajado, y que sería parlanchín.

En cuanto al consumo de otras sustancias, únicamente mencionó que tomaba alcohol (cerveza) de forma ocasional, es decir, 1 vez al mes, de 3 a 5 copas estándar, aproximadamente, en fiestas o reuniones con sus amigos. Y consideró que no tenía ningún problema al respecto.

Durante la entrevista, el paciente también mencionó que principal problema asociado a su consumo de marihuana, era que lo hubieran expulsado de la escuela, lo que, a su vez, le ocasionó diversos problemas con sus padres. D.M. mencionó que después de lo ocurrido, sus padres le prohibieron salir con amigos, le retiraron el dinero que le daban para gastar, desconfiaban de él continuamente, y además tenía discusiones con ellos constantemente. Por lo cual, se sentía culpable y avergonzado.

A partir del Índice de Problemas de Drogas de Rutgers (IPDR) y del Inventario de Consecuencias del Consumo de Droga (ICC-D), el paciente reportó que 1 o 2 veces, fue evitado por parte de sus familiares, se sintió mal consigo mismo debido al consumo, su familia se preocupó debido a su consumo, el consumo de marihuana había ocasionado que consumiera otras drogas (alcohol), se sintió avergonzado o culpable a causa de su consumo, dijo o hizo cosas embarazosas, se metió en problemas por su consumo, y fue suspendido de la escuela debido a su consumo; y de 3 a 5 veces, asistió a clases intoxicado.

Por otro lado, los datos obtenidos con la Prueba Breve de Michigan sobre detección de antecedentes familiares de adicción a drogas en la familia (SMAST) y el Cuestionario del Árbol Familiar para evaluar problemas de historia familiar de consumo de drogas (CAF-D), el paciente no presentó antecedentes familiares de problemas de psicopatología, de consumo de drogas o adicción.

Cabe señalar que D.M., se presentó en un estadio de cambio de acción (de acuerdo al Algoritmo de Compromiso para el Cambio (Otras Drogas) (ACC-OD), mostrándose cooperativo para participar en la intervención. Expresó que deseaba obtener información de la marihuana y dejar de consumirla.

2.1.4. Procedimiento

a) El paciente fue asignado por parte de las autoridades del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, al programa de Conductas Adictivas, de acuerdo a los datos obtenidos en una entrevista inicial, realizada previamente. La aplicación del programa DIBADEU inició una vez que el paciente fue asignado a la terapeuta.

b) La intervención se llevó a cabo en 4 sesiones que consistieron en lo siguiente:

- Sesión 1: Entrevista de evaluación.

La sesión estuvo enfocada en establecer el rapport con el paciente, obtener un compromiso inicial de su parte para participar en la intervención, y orientarlo acerca del propósito y estructura de las sesiones. Así como, indagar el motivo de consulta;

evaluar su patrón de consumo; identificar las consecuencias negativas asociadas al consumo, evaluar su índice de dependencia a la sustancia; indagar acerca de su historia familiar de consumo de alcohol, drogas y problemas de psicopatología; y evaluar su motivación al cambio, y su actitud hacia la sustancia. También se entregó el formato de auto-monitoreo, explicando la importancia y finalidad de llevarlo a cabo. Durante el desarrollo de la sesión, D.M. mostró disposición para proporcionar la información necesaria y compromiso para participar en la intervención.

- Sesión 2: Aplicación de la batería de instrumentos correspondientes.

A partir de los instrumentos correspondientes, se exploraron los siguientes aspectos: el patrón de consumo de marihuana constante y episódico; frecuencia y cantidad de consumo; problemas asociados al consumo; nivel de dependencia; conductas sexuales de riesgo, asociadas al consumo; riesgo percibido; expectativas asociadas al consumo.

- Sesión 3: Sesión de Retroalimentación y Consejo.

En primer lugar, se revisaron las tarjetas de auto-monitoreo. Sin embargo, D.M. no reportó ningún episodio de consumo, por lo que únicamente se le reforzó que haya permanecido en abstinencia y se identificaron las consecuencias positivas al respecto.

Posteriormente, se le proporcionó al paciente una retroalimentación gráfica y personalizada, donde se abordaron los siguientes aspectos: su patrón de consumo de marihuana; estimación del consumo del paciente, comparado con su grupo de referencia (frecuencia y cantidad con base a la norma de consumo estudiantil); riesgos y consecuencias asociadas al consumo; los factores de riesgo individuales (expectativas positivas de resultados del consumo marihuana, creencias acerca de la droga y sus efectos, historia familiar de problemas de consumo, historia personal de consecuencias negativas del consumo de marihuana); situaciones de consumo; y nivel de dependencia y síntomas reportados.

Durante la revisión de los resultados, D.M. mostró interés hacia el riesgo de desarrollar dependencia, y hacia los problemas que le ocasionó el consumo (sentirse mal consigo mismo por el consumo; queja de sus padres por consumo de marihuana; acudir a clases bajo el efecto de la droga; problemas familiares), los cuales consideró graves para él. Así mismo, D.M., fue participativo al comentar las creencias que tenía acerca de la marihuana y sus efectos, lo cual enriqueció la discusión, permitiendo abordar los mitos al respecto, y proporcionar al paciente información más precisa acerca del consumo de marihuana.

En seguida, se le proporcionó consejo al paciente, sobre estrategias específicas (rechazo al consumo) que le ayudaran a mantenerse sin consumir, así como para reducir los riesgos relacionados con el consumo. Y se elaboró un ejercicio de

balance decisional, donde D.M., identificó las ventajas y desventajas del consumo de marihuana.

Cabe señalar que al finalizar la sesión y después de mencionar un resumen de lo trabajado, el paciente expresó su decisión de mantenerse en abstinencia a la sustancia, principalmente a partir de la discusión de los resultados obtenidos en la evaluación y la realización del ejercicio de balance decisional.

Finalmente, D.M. comentó que sus padres deseaban conocer los resultados de la intervención, por lo que se acordó citarlos para la siguiente sesión e informarlos al respecto.

- Sesión 4: Información a los padres.

Se realizó un resumen, de manera general, a los padres y al adolescente acerca de lo que se había logrado con la intervención, abordando la decisión de D.M., de “no consumir marihuana”. Misma que reafirmó el adolescente, a partir de la información psicoeducativa, la retroalimentación personalizada y el ejercicio de balance decisional que se habían llevado a cabo. También se destacó la participación activa del paciente durante las sesiones, así como el compromiso e interés que mostró.

Los padres mencionaron que estaban de acuerdo al respecto de la intervención y que su preocupación acerca del pronóstico de su hijo, había sido resuelta.

- Sesión 5: Seguimiento

No fue posible realizar el seguimiento ya que no se logró contactar al paciente. Únicamente se contó con el reporte verbal de sus padres, quienes mencionaron que D.M., se había reincorporado a sus estudios y que se había mantenido en abstinencia a la sustancia.

2.1.5. Resultados

A partir de la intervención realizada, D.M. logró identificar las consecuencias negativas asociadas a su consumo de marihuana; el riesgo de desarrollar dependencia; el papel que juegan las expectativas y creencias en el consumo de la sustancia; los factores situacionales asociados al consumo; los aspectos positivos y negativos, del consumo y de dejar de consumir. A partir de lo cual, se mantuvo en abstinencia a la sustancia.

Al finalizar el tratamiento, el paciente reportó abstinencia a la marihuana, así como una disminución de los problemas asociados al consumo. De acuerdo al Índice de Problemas de Drogas de Rutgers (IPDR), señaló únicamente que su familia le había expresado su preocupación acerca del tema.

2.2. Tratamiento de Auto-Cambio guiado para estudiantes universitarios con problemas de alcohol (TAGEU).

Descripción

Es un tratamiento breve cognitivo-conductual y motivacional que se fundamenta en el Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Guiado, desarrollado por Sobell y Sobell (1993) en la Addiction Research Foundation de Toronto, Canadá, el cual fue adaptado 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. 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 (Quiroga, 2008; Quiroga & Montes, 2004).

El tratamiento incorpora los siguientes componentes: (a) la entrevista motivacional para el incremento de la motivación para el cambio, (b) el análisis de costo-beneficios (balance decisonal) 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 (Quiroga & Montes, 2004).

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 está integrado de la siguiente manera:

- a) 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.
- b) 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.

- c) 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.
- d) 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.
- e) Paso 4: Nuevo establecimiento de metas. Al finalizar el tratamiento el paciente restablece la meta de consumo.

Perfil de usuario

El TAGEU está dirigido a estudiantes universitarios y público en general, con dependencia moderada al alcohol. En el caso del alcohol, consumidores con dependencia moderada (entre 14-21 puntos en la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25), 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 Índice de Problemas de Alcohol de Rutgers), siendo alguno de ellos grave y sin deterioro cognitivo severo (Quiroga & Montes, 2004).

2.2.1. Escenario

El TAGEU se llevó a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD), cuyas características fueron señaladas en párrafos anteriores (ver sección 2.1.1).

2.2.2. Instrumentos

Además del Algoritmo de Compromiso para el Cambio (Alcohol) (ACC-A), el Cuestionario del Árbol Familiar para evaluar la historia familiar de problemas de alcohol (CAF-A), y el Índice de Problemas de Alcohol de Rutgers (IPAR) (cuyas características fueron descritas en la sección 2.1.2 del presente trabajo). Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- a) Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas (Alcohol/Otras Drogas) (CCCD-A-50, CCCD-OD-50).

Traducido y adaptado del Drug-Taking Confidence Questionnaire-Alcohol (DTCQ-50-Alcohol; Annis, Herie y Watkin-Merek (1996a) por Quiroga y Vital (2003e) es un cuestionario de autorreporte de 50 ítems diseñado para evaluar el concepto de autoeficacia de Bandura, en relación con la percepción del cliente sobre su habilidad para afrontar

efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol/drogas. Se le pide al cliente que se imagine en una variedad de situaciones derivadas del trabajo de Marlatt y Gordon (1980), y que indique para cada situación, con base en una escala de seis puntos (cuyo rango va de 0 = sin confianza; 20 = 20% confiado; 40 = 40% confiado; 60 = 60% confiado; 80 = 80% confiado; a 100 = muy confiado) qué tan confiado se siente de ser capaz de resistir la urgencia de consumir excesivamente en esa situación. Las respuestas del cliente le permitirán al terapeuta monitorear el desarrollo de la autoeficacia del cliente en relación con el enfrentamiento de las situaciones de consumo. Requiere de 10 minutos aproximadamente para completar el cuestionario de 50 ítems (Quiroga, 2008).

b) Entrevista Diagnóstico Prescriptiva (EDP).

La entrevista diagnóstico prescriptiva contiene diferentes apartados que permiten obtener información sobre diversos indicadores. Las áreas que la integran son: información sociodemográfica, situación laboral, historia de consumo de alcohol y otras drogas, y consecuencias negativas relacionadas al uso de sustancias, observaciones conductuales y examen del estatus mental, e instrumentos de tamizaje y diagnóstico sobre abuso y dependencia al alcohol y otras drogas, historia familiar de problemas de alcohol y otras drogas, problemas asociados al consumo, deterioro neuropsicológico, depresión, ansiedad, y sobre los criterios de inclusión/exclusión a los programas específicos de tratamiento (Quiroga, 2003a).

La aplicación de la EDP tiene una duración aproximada de una hora 30 minutos. La información que se obtiene con este instrumento es útil para decidir qué tipo de modalidad o programa de atención es más recomendable. También nos indica algunos cambios relacionados con estilos de vida de los usuarios y las consecuencias del consumo.

c) Escala de Dependencia al alcohol (EDA-25).

Desarrollada originalmente por Skinner y Allen (1982) y traducida y adaptada por Quiroga y Vital (2003b), la Escala de Dependencia al Alcohol se compone de 25 ítems que consideran un marco de tiempo de evaluación de los últimos 12 meses y que cubren 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. Mide la ausencia de dependencia hasta la dependencia severa. Estudios psicométricos indican que tiene confiabilidad test-retest de 0.92, consistencia interna de 0.92 y validez para medir dependencia. Requiere de 10 minutos para ser contestada (Quiroga, 2008).

d) Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (Alcohol/Otras Drogas) (ISCD-50).

Instrumento traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003c) del Inventory of Drug Taking Situation-Alcohol, desarrollado por Annis, Herie y Watkin-Merek (1996b). Es un cuestionario de auto-reporte que consta de 50 ítems, fue 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.

e) Línea Base Retrospectiva (Alcohol/Otras Drogas) (LIBARE).

La Línea Base Retrospectiva fue traducida y adaptada por Quiroga (2003c) de la versión Alcohol Timeline Followback desarrollada por Sobell y Sobell (1992). Es un instrumento que sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas u otras drogas antes, durante y después de un tratamiento, requiere que las personas estimen retrospectivamente el consumo diario de alcohol u otras drogas durante un período específico. Se les proporciona un calendario que abarca el período que debe ser reconstruido y se les pide que reporten el número de copas estándar o dosis de droga consumida cada día. Este método ha sido probado en períodos de hasta 12 meses. Puede ser aplicada por el entrevistador o en forma de autorreporte, requiere de 25 a 30 minutos para hacer el estimado de un período de 12 meses. Presenta una confiabilidad test-retest de 0.91. Proporciona información acerca del patrón, variabilidad y nivel de consumo de una persona. La información puede ser perfilada usando variables tales como el porcentaje de días en que se consume en diferentes niveles, o el patrón de consumo entre semana o fines de semana. Se pueden identificar periodos de recaída y servir como la base para sondear las causas de la ésta (Quiroga & Vital, 2004).

f) Prueba de Pistas.

La Prueba de Pistas PDP (Trail Making Tests) de la Batería Halstead-Reitan (Halstead, 1947), es uno de los instrumentos frecuentemente empleado para evaluar deterioros cognitivos derivados del abuso crónico del alcohol. La aplicación de esta prueba tiene una duración aproximada de 5 minutos, cuenta con dos partes, en la primera parte (A) se muestra una serie de números en orden ascendente del uno al 15; en la segunda parte (B), se presenta una serie de números combinada con las letras del abecedario. Para cada una de

las partes de la prueba es importante considerar un límite de tiempo, es decir, para la parte A, se otorga un minuto para responder, sin embargo, si el usuario se tarda más de lo indicado NO se le detiene al cumplirse el tiempo, simplemente se toma el tiempo en el cual realizó la tarea. La parte B tiene un tiempo de 2 minutos, en caso de que el usuario no termine la ejecución de la prueba en el tiempo estipulado, la persona que administra la prueba otorgará el tiempo necesario para que el usuario termine con la tarea (Quiroga, 2003, 2008).

2.2.3. Participantes

El TAGEU se aplicó a 3 pacientes, 2 hombres y una mujer, con un promedio de edad de 39.3 años. El estado civil del 66.6% de los participantes era unión libre, mientras que el 33.3% era divorciado. Los hombres tenían una escolaridad de bachillerato y secundaria, respectivamente, mientras que la mujer contaba con licenciatura. Cabe señalar que el 66.6% de los participantes tenía con trabajo estable, mientras que el 33.3% se dedicaba al hogar (véase tabla 1).

Como se muestra en la tabla 1, la sustancia a tratar en el 100% de los participantes, fue el alcohol, y la meta de tratamiento establecida para los tres casos fue la moderación. De acuerdo a la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25), el 66.6% de los pacientes presentaba un nivel de dependencia leve, y el 33.3% moderada. Y a partir del Cuestionario del Árbol Familiar para evaluar la historia familiar de problemas de alcohol (CAF-A), se identificó que el 100% de los participantes tenía antecedentes familiares de consumo excesivo de alcohol. En cuanto al estadio de cambio en el que se encontraban los participantes, se identificó a partir del Algoritmo de Compromiso para el Cambio (Alcohol) (ACC-A) que el 66.6% se encontraba en acción, mientras que el 33.3% se ubicaba en contemplación. Finalmente, de acuerdo a la prueba de pistas, en ningún caso se encontró presencia de un posible deterioro cognitivo ocasionado por el consumo.

En cuanto a las características del patrón de consumo de los pacientes atendidos, durante el año previo al tratamiento, en promedio, reportaron lo siguiente en la Línea Base Retrospectiva (Alcohol) (LIBARE-A): un consumo de 7.4 copas estándar por ocasión; 104.6 unidades totales de consumo; 17 días de consumo y 348 de abstinencia. Y cabe mencionar, que el número de problemas asociados al consumo que los pacientes señalaron en el Índice de Problemas de Alcohol de Rutgers (IPAR), en promedio fue de 15.6 problemas asociados (véase tabla 1).

Tabla 1.
Características de los participantes atendidos con el TAGEU.

	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Sexo	Hombre	Hombre	Mujer
Edad	39	31	48
Edo. Civil	Divorciado	Unión libre	Unión libre
Escolaridad	Bachillerato	Secundaria	Licenciatura
Ocupación	Instalación audio	Taxista	Hogar
Sustancia tratar	Alcohol	Alcohol	Alcohol
Meta terapéutica	Moderación	Moderación	Moderación
Nivel de dependencia	Leve	Leve	Media
Etapas de cambio	Acción	Acción	Contemplación
Antecedentes familiares de consumo	Positivos	Positivos	Positivos
Número de problemas asociados al consumo	6	7	10
Avance en el tratamiento.	Alta	Paso 4	Alta
Componentes adicionales al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Emociones desagradables, • Asertividad, • Enfrentamiento del pesar 	---	<ul style="list-style-type: none"> • Emociones desagradables, • Relaciones saludables, • Asertividad
Número de sesiones	12	8	12

Así mismo, las situaciones de consumo y autoconfianza, reportadas por los participantes en el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (Alcohol) (ISCD-50-A) y en el Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas (Alcohol) (CCCD-A-50), se muestran a continuación:

Tabla 2.
Situaciones de consumo y autoeficacia reportada por los participantes atendidos con el TAGEU, antes y después del tratamiento.

		Participante 1				Participante 2				Participante 3			
		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	Post	pre	post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	53.3	16.6	44	78	53.3	--	96	--	37	16.6	56	88
	Malestar físico	0	0	96	100	53.3	--	100	--	60	0	76	100
	Conflicto con otros	13.3	0	88	100	46.6	--	100	--	33	0	64	100
Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	40	13.3 3	72	100	46.6	--	100	--	33	0	52	100
	Emociones agradables	26.6	0	92	100	46.6	--	92	--	13	0	84	100
Situaciones de tentación	Impulsos y tentaciones	56.6	20	46	84	60	--	100	--	33	0	68	70
	Presión social	53.3	0	72	100	13.3	--	100	--	26	0	72	100
	Probando el control personal	46.6	6.6	72	96	66.6	--	92	--	20	0	64	92

2.2.4. Procedimiento

a) Los pacientes fueron asignados por parte de las autoridades del Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, al programa de Conductas Adictivas, de acuerdo a los datos obtenidos en una entrevista inicial, realizada previamente.

b) La aplicación del programa TAGEU inició una vez que el paciente fue asignado a la terapia; se programaron sesiones semanales para cada uno, donde el avance y evolución del paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales.

El tratamiento estuvo integrado por las 5 sesiones correspondientes al programa y la post-evaluación ((1) evaluación y admisión; (2) paso 1: decidir cambiar y establecimiento de metas; (3) paso 2: analizar las situaciones que ponen en riesgo de consumir en exceso; (4) paso 3: enfrentar los problemas relacionados con la sustancia psicoactiva; (5) paso 4: nuevo establecimiento de metas; (6) post-evaluación) (ver sección 2.2).

Cabe señalar que dos de los participantes (paciente 1 y 3) recibieron 3 componentes (cada uno) adicionales al TAGEU, que fueron los siguientes: emociones desagradables, asertividad, enfrentamiento del pesar y relaciones saludables (véase tabla 1).

c) Una vez que el tratamiento fue concluido, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

2.2.5. Resultados

Respecto al avance en el tratamiento que tuvieron los participantes, cabe señalar que el 100% de ellos concluyó el tratamiento y alcanzó la meta terapéutica (véase tabla 1).

Al finalizar el tratamiento, ningún participante reportó evidencia de dependencia, de acuerdo a la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25). Así mismo, se observó un decremento en la frecuencia y cantidad de consumo en el 100% de los participantes, con un promedio de consumo por ocasión de 3.9 copas estándar, y un promedio de 3.3 días de consumo durante el tratamiento. Los participantes también reportaron una disminución en el número de problemas asociados al consumo, en promedio experimentaron 2 problemas, una o 2 veces.

Por otro lado, se encontró una disminución en el porcentaje de situaciones de consumo que reportaron los participantes, así como un incremento en la confianza situacional para enfrentar situaciones de riesgo sin el consumo de alcohol. En la tabla 2, se muestran los datos reportados al respecto del 66.6% (2 pacientes) de los participantes, ya que el 33% (1 paciente), no concluyó la post-evaluación correspondiente.

Por lo tanto, a partir de la aplicación del TAGEU a los participantes mencionados, se puede concluir que dicho tratamiento fue efectivo para que los pacientes pudieran identificar las consecuencias negativas que les ocasionaba su consumo excesivo de alcohol y poder establecer una meta para cambiar su forma de beber. Así como, para identificar sus situaciones de consumo y los disparadores presentes en ellas, desarrollar estrategias alternas para enfrentarlas, e incrementar así su autoeficacia. Lo cual, en este caso, les permitió moderar su consumo de alcohol y reducir los problemas asociados al mismo, que reportaron en un inicio.

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

Descripción

El PEREU fue desarrollado originalmente por Annis, Herie y Merek (1996c) en la Fundación de Investigación de la Adicción de Canadá, fue traducido y adaptado en la Ciudad de México para estudiantes universitarios por Quiroga y Vital (2003d). 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 su uso de alcohol, tabaco y otras drogas.

El programa se centra en involucrar a los pacientes a:

- a) Evaluar sus metas y compromiso para cambiar.
- b) Diseñar un plan de Tratamiento Individualizado.
- c) Identificar fortalezas y déficits de enfrentamiento.
- 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.

Dicho programa incluye 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.

Perfil del usuario

El PEREU, está dirigido a estudiantes universitarios o público en general, 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 Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25), 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 más de 24 en la mujer, hasta 5 días a la semana), con problemas relacionados al consumo (más de 20 en el Índice de Problemas de

Alcohol/Drogas de Rutgers (IPAR/IPDR)), siendo uno de ellos un problema muy grave y sin deterioro cognitivo severo (Quiroga & Vital, 2003d).

2.3.1. Escenario

El PEREU, se aplicó en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”, cuyas características fueron descritas en la sección 2.1.1 del presente trabajo.

2.3.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la aplicación del programa incluyen: el Algoritmo de Compromiso para el Cambio (Alcohol/Otras Drogas) (ACC-A, ACC-OD); Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas (Alcohol/Otras Drogas) (CCCD-A-50, CCCD-OD-50); Cuestionario del Árbol Familiar (CAF); Entrevista Diagnóstico Prescriptiva (EDP); Escala de Dependencia al alcohol (EDA-25); Índice de Problemas de Alcohol/Drogas Rutgers (IPAR/IPDR); Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (Alcohol/Otras Drogas) (ISCD-50-A/ ISCD-50-D); Línea Base Retrospectiva (Alcohol/Otras Drogas) (LIBARE); Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD) y la Prueba de pistas. Las características de dichos instrumentos fueron descritas en las secciones 2.1.2 y 2.2.2 de este trabajo.

2.3.3. Participantes

Los pacientes atendidos con el PEREU fueron 3 hombres (75%) y una mujer (25%), con un promedio de edad de 32.7 años. El 75% de los participantes eran solteros y el 25% era separado. Con respecto a su escolaridad, el 75% contaba con bachillerato, y el 25% con secundaria. Cabe señalar que el 100% contaba con un trabajo fijo (véase tabla 3).

La sustancia a tratar en el 75% de los participantes era la marihuana, mientras que para el 25% fue el alcohol. En cuanto a la meta de tratamiento, en el 50% de los casos fue la abstinencia, mientras que para el otro 50% fue la reducción del consumo (véase tabla 3).

De acuerdo a la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25) y a la Prueba de Detección del Abuso de Drogas (PDAD-20), el 75% de los pacientes presentaba una dependencia sustancial, mientras que el 25% presentó una dependencia baja. Por otro lado, el 75% de los participantes tenía antecedentes familiares de consumo de alcohol o drogas, mientras que el 25% no reportó ningún dato al respecto. Cabe señalar que el estadio de cambio en el que se encontraban los participantes al inicio del tratamiento, el 50% se encontraba en precontemplación, el 25% en contemplación y el 25% en preparación (véase tabla 3).

Con respecto al patrón de consumo, en la Línea Base Retrospectiva (Alcohol/Otras Drogas) (LIBARE), el participante 1 reportó un promedio de consumo por ocasión de 6.6

copas estándar; un total de consumo de 318 copas en un promedio de 48 días de consumo; y 293 días de abstinencia en promedio. Por otro lado, los participantes 2, 3 y 4, cuya sustancia de consumo era la marihuana, reportaron un promedio de consumo por ocasión de 18.9 cigarros (estableció como unidad de consumo, un cigarro de aproximadamente 2.5gr); un total de consumo de 797 cigarros en un promedio de 367 días; y 18 días de abstinencia en promedio. Cabe señalar, que el número de problemas asociados al consumo que los pacientes señalaron en el Índice de Problemas de Alcohol/Drogas de Rutgers (IPAR/IPDR), en promedio, fue de 10.25 problemas asociados al consumo (véase tabla 3).

Y cabe señalar que, de acuerdo a la prueba de pistas, en ningún caso se encontró presencia de un posible deterioro cognitivo ocasionado por el consumo.

Tabla 3.
Características de los participantes atendidos con el PEREU.

	Participante 1	Participante 2	Participante 3	Participante 4
Sexo	Hombre	Hombre	Mujer	Hombre
Edad	33	23	27	48
Edo. Civil	Soltero	Soltero	Soltera	Separado
Escolaridad	Bachillerato	Bachillerato	Licenciatura	Bachillerato
Ocupación	Instalación audio	Taquero	Diseñadora gráfica	Comerciante
Sustancia a tratar	Alcohol	Marihuana	Marihuana	Marihuana
Meta terapéutica	Abstinencia	Abstinencia	Moderación	Moderación
Nivel de dependencia	Sustancial	Media	Moderada	Baja
Etapa de cambio	Contemplación	Preparación	Precontemplación	Precontemplación
Antecedentes familiares de consumo	Negativos	Positivos	Positivos	Positivos
Número de problemas asociados al consumo	14	6	14	7
Avance en el tratamiento.	Evaluación	Evaluación	Alta	Alta
Número de sesiones	5	5	9	18

Por otro lado, las situaciones de consumo y autoconfianza, reportadas por los participantes en el ISCD-50-A CCCD-A-50, se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 4.

Situaciones de consumo y autoeficacia reportada por los participantes atendidos con el PEREU, antes y después del tratamiento.

		Participante 1				Participante 2				Participante 3				Participante 4			
		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	23	--	60	--	73.3	--	16	--	66.6	23	32	62	37	66.6	22	32
	Malestar físico	6.6	--	76	--	20	--	56	--	33.3	20	28	92	60	40	56	64
	Conflicto con otros	26.6	--	80	--	33.3	--	68	--	93.3	20	70	84	67	13.3	64	92
Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	0	--	40	--	46.6	--	36	--	33.3	13.3	32	64	0	13.3	100	96
	Emociones agradables	56	--	56	--	40	--	36	--	93.3	56	36	72	53	26.6	48	88
Situaciones de tentación	Impulsos y tentaciones	6.6	--	72	--	83.3	--	2	--	33.3	13.3	80	88	27	13.3	40	82
	Presión social	26.6	--	52	--	60	--	4	--	73.3	60	80	52	13	20	84	72
	Probando el control personal	33.3	--	36	--	93.3	--	4	--	73.3	53.3	48	48	40	53.3	72	64

2.3.4. Procedimiento

a) Los pacientes fueron asignados por parte de las autoridades del CSPGD, al programa de Conductas Adictivas, de acuerdo a los datos obtenidos en una entrevista inicial, realizada previamente.

b) La aplicación del PEREU inició una vez que el paciente fue asignado a la terapeuta, se programaron sesiones semanales para cada uno, donde el avance y evolución del paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales.

El tratamiento estuvo integrado por los 5 componentes correspondientes al programa y la post-evaluación ((1) evaluación; (2) entrevista motivacional; (3) plan de tratamiento individualizado; (4) fase de iniciación del cambio; (5) fase de mantenimiento del cambio; (6) post-evaluación) (ver sección 2.3).

c) Una vez que el tratamiento fue concluido, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

2.3.5. Resultados

Acerca del avance en el tratamiento que tuvieron los participantes, el 50% de ellos lo concluyó y alcanzó la meta terapéutica, mientras que el 50% dejó de asistir durante el segundo componente del programa (evaluación) (véase tabla 3).

Cabe señalar que, a pesar de que los participantes 1 y 2 no concluyeron el tratamiento, durante las sesiones en las que se trabajó, se les proporcionó información psicoeducativa, sobre el consumo de alcohol y marihuana, respectivamente. Así mismo, se identificó conjuntamente con los pacientes, las razones que tenían para cambiar y los principales problemas asociados a su consumo en las diferentes áreas de su vida.

Con respecto a los participantes 3 y 4, que finalizaron el programa, a partir de la post-evaluación realizada, se encontró lo siguiente: de acuerdo a la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25) y a la Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20), no reportaron evidencia de dependencia a la sustancia; así mismo, se observó un decremento en la frecuencia y cantidad de consumo de ambos participantes, con un promedio de consumo por ocasión de 1.1 unidades, y un promedio de 21.5 días de consumo durante el tratamiento. Los participantes también reportaron una disminución en el número de problemas asociados al consumo, en promedio experimentaron 7.5 problemas, de acuerdo al Índice de Problemas de Alcohol/Drogas de Rutgers (IPAR/IPDR).

Por otro lado, se encontró una disminución en el porcentaje de situaciones de consumo, así como un incremento en la confianza situacional. En la tabla 4 se muestran los resultados obtenidos al respecto.

Por lo tanto, a partir de los resultados mencionados, se puede concluir que el PEREU fue efectivo para que los participantes que finalizaron el programa identificaran eficazmente sus disparadores para el consumo y las consecuencias asociadas al mismo, lo que les permitió anticiparse poniendo en práctica las destrezas necesarias en cada caso. Lo que se reflejó en el incremento de su autoeficacia para enfrentar las situaciones de riesgo sin el consumo de la sustancia, y en la reducción de la cantidad y frecuencia de su consumo.

2.4. Intervención Breve para Bebedores Problema (IBBP).

Descripción

Dicha intervención se fundamenta en el programa de Auto-Cambio Dirigido desarrollado por los Dr. Sobell de la Addiction Research Foundation en Toronto, Canadá, y adaptado por Ayala y colaboradores (1998), para ser utilizado en nuestro país. Este tratamiento es cognitivo, conductual, motivacional y breve, que ayuda a las personas a comprometerse en la modificación de su conducta y a reconocer y usar su propia fuerza y

recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol. El usuario que recibe el programa-modelo, desarrolla una estrategia general de solución de problemas, que puede emplear para enfrentar este u otro tipo de problemas (Echeverría, et al., 2012).

Las características principales de esta aproximación son:

1. Evita calificar o etiquetar a las personas.
2. No confronta a la persona, sino escucha en forma reflexiva y analiza la información, a fin de que el usuario haga conciencia sobre los riesgos y consecuencias relacionadas con su forma de beber alcohol.
3. Proporciona retroalimentación objetiva no amenazante a los usuarios para evitar la resistencia.
4. Informa y orienta a las personas acerca de cómo el cambio de sus hábitos es posible.
5. Permite a las personas intervenir en la selección de metas y la planeación del tratamiento.

El programa-modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema ayuda a las personas a fijar metas, a encontrar razones para reducir o interrumpir su actual consumo de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso y desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones (Echeverría, et al., 2012).

En las 6 sesiones del programa-modelo se consideran los siguientes aspectos:

- a) Admisión: Se trabaja en la identificación de la etapa para el cambio, y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento.
- b) Evaluación: Se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo, y la autoeficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo.
- c) Paso 1: Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas.
- d) Paso 2: Identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol.
- e) Paso 3: Enfrentando los Problemas originados por el Consumo de Alcohol.
- f) Paso 4: Nuevo establecimiento de metas.

Durante las sesiones del tratamiento el usuario analiza los costos y beneficios del cambio; registra su consumo diario de alcohol; elige metas de consumo (abstinencia o moderación); identifica situaciones de consumo y desarrolla estrategias para enfrentar esas situaciones. Todo esto bajo un modelo de solución de problemas, donde los sujetos desarrollan estrategias para mantener el cambio y afrontar las posibles caídas o recaídas (Echeverría, et al., 2012).

Perfil de Usuario

La IBBP está dirigida a personas mayores de 18 años y menores de 70 años; saber leer y escribir; contar con un domicilio permanente; tener trabajo; vivir con la familia; no presentar síntomas que demuestren dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, delirio tremens, beber menos de 30 tragos a la semana); acudir a tratamiento por voluntad propia; no consumir heroína; que la droga principal de abuso no sea inyectada; no acudir a otro programa de tratamiento; no existir alguna contraindicación médica para el consumo de alcohol; y estar dispuesto a participar en el programa-modelo (Echeverría, et al., 2012).

Sin embargo, existen algunas condiciones que merecen ser consideradas para no excluir al usuario del programa-modelo, entre las que tenemos:

- 1) Cuando el usuario es menor de edad, puede ser aceptado en el programa-modelo con el debido consentimiento de los padres o tutores.
- 2) La falta de un domicilio permanente, el no contar con un trabajo estable y no vivir con su familia por problemas con el alcohol, son criterio de exclusión solo si se acompañan de síntomas que sugieran dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, etc.)
- 3) Si el usuario asiste al tratamiento porque otros lo presionan, es aceptado en el programa-modelo, si éste durante la entrevista reconoce la presencia de algunas consecuencias negativas y, tiene disposición para ingresar al tratamiento.
- 4) Si el usuario asiste a otro tipo de tratamiento, se acepta su ingreso al programa-modelo únicamente si los principios o postulados del tratamiento alterno no se contraponen con los del programa-modelo. Para esto, es importante explicar al usuario las características del programa-modelo y, promover la toma de decisiones en el usuario, para que elija la alternativa que más le convenga de acuerdo a su situación.
- 5) Cuando se detecta alguna contraindicación médica para el consumo (diabetes, embarazo, etc.), el usuario puede ingresar al programa-modelo si acepta la abstinencia como la meta de su tratamiento. En estos casos se sugiere esta meta de consumo, debido a las posibles consecuencias que se puedan presentar si la persona continúa bebiendo alcohol bajo estas condiciones.
- 6) En caso de que un usuario no lea ni escriba, el terapeuta puede adaptar el material para trabajar con el usuario, o él mismo puede identificar a un familiar o amigo del usuario, que esté dispuesto a ayudarlo para la lectura y comprensión del material.
- 7) Los criterios más importantes para excluir a un usuario del programa son: la presencia de síntomas que sugieran dependencia severa acompañados de la falta de apoyo y recursos sociales, que la droga principal de consumo sea la heroína, o que la droga principal de consumo sea inyectada.

2.4.1. Escenario

La IBBP se llevó a cabo en el Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREAHAV), que brinda atención de consulta externa al público en general, proporcionando tratamiento psicológico a usuarios de sustancias que no requieren desintoxicación. Dicho centro es perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM.

2.4.2. Instrumentos

a) Inventario de Ansiedad de Beck (IAB).

Elaborado originalmente por Beck (1990) y estandarizado a población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), mostró consistencia interna con un Alpha de Cronbach de 0.83 y una confiabilidad test-retest de $r=0.75$. El cuestionario consta de 21 reactivos que evalúan síntomas de ansiedad, el tiempo de aplicación varía de cinco a diez minutos. Las respuestas se clasifican en: “poco o nada” (se califica con 0 puntos), “más o menos” (se califica con un punto), “moderadamente” (se califica con dos puntos), “severamente” (se califica con tres puntos). Se hace la sumatoria total de los reactivos y se obtiene un puntaje del nivel de ansiedad que puede ser mínima, leve, moderada y severa.

b) Inventario de Depresión de Beck (IDB).

El inventario consta de 21 ítems para evaluar el de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En estudios realizados con población mexicana, dicho instrumento presentó confiabilidad por consistencia interna con un alfa de Cronbach = 0.87, $p < .000$. Así como, validez concurrente con una correlación estadística de $r = 0.70$, $p < .000$ (Jurado et al., 1998).

c) Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS).

Elaborado por Annis y Graham (1987), y adaptado por Echeverría y Ayala, para población mexicana, evalúa el nivel de autoeficacia para resistirse al consumo, ante ocho categorías situacionales. El objetivo de dicho instrumento es obtener una medida que sea sensible al grado de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo desarrolladas por Marlatt (1980), relacionadas con el consumo. El usuario debe señalar en un rango de 0% (Inseguro) a 100% (Seguro) qué tan seguro se siente para poder resistir la necesidad de consumir en dicha situación (Barragán, et al., 2006).

d) Entrevista Inicial (EI).

Entrevista que permite conocer aspectos socioeconómicos y características generales del consumo del paciente (historia de consumo, problemas asociados, antecedentes de tratamientos previos, situación laboral, entre otros aspectos) (Barragán et al., 2006).

e) Escala de Dependencia al Alcohol (EDA).

Fue desarrollada a partir de un instrumento más amplio (Inventario de Consumo de Alcohol) desarrollado por Horn y Wanberg (1969). Mide desde dependencia baja hasta severa. Estudios psicométricos sugieren que la escala tiene confiabilidad test-retest y consistencia interna, así como validez para medir dependencia. Parece probable que sea sensible para medir cambios de dependencia (Ayala, Cárdenas, Echeverría & Gutiérrez, 1998). Los datos de confiabilidad test-retest los obtuvieron Skinner y Horn (1984), utilizando el Inventario de Consumo de Alcohol y estimaron la confiabilidad en 0.92. En cuanto a los resultados de validez del EDA este instrumento se asocia positivamente con medidas similares del MAST ($r = 0.69$) asociadas con el consumo excesivo y no con dependencia. Dicha escala puede ser administrada como cuestionario y como parte de una entrevista estructurada. Requiere menos de 10 minutos para ser contestada (Barragán et al., 2006).

f) Escala de Satisfacción General (ESG).

Es la valoración porcentual respecto a la satisfacción actual de diversas áreas de vida cotidiana, fue elaborada por Azrin, Naster y Jones (1973). Consta de 10 reactivos que evalúan el porcentaje de satisfacción del individuo (0-10 puntos) en nueve áreas de vida cotidiana (consumo, progreso en el trabajo o escuela, manejo del dinero, vida social y recreativa, hábitos personales, relaciones familiares o matrimoniales, situación legal, vida emocional y comunicación) y en otra adicional que evalúa el nivel general de satisfacción. Dicho instrumento proporciona el nivel de satisfacción que identifica tener el usuario en cada área y en general en su vida cotidiana. El tiempo de aplicación es de aproximadamente cinco a diez minutos. El instrumento muestra una confiabilidad de .76, su validez de criterio es adecuada ya que correlaciona el promedio de satisfacción de las diferentes áreas con el puntaje de satisfacción general (Barragán et al., 2006).

g) Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA).

Elaborado por Annis, Graham y Davis (1982), consta de 100 reactivos que miden frecuencia y cantidad de consumo durante el año anterior. Fue adaptado a población

mexicana en 1997 (Echeverría, et al., 1998). Los reactivos se agrupan en 8 categorías; los puntajes de las ocho sub-escalas conformaron una distribución normal, mostraron confiabilidad y validez de contenido aceptable respetando el universo de situaciones de recaída en usuarios bebedores problema (Barragán, et al., 2006).

h) Línea Base Retrospectiva (LIBARE-6 MESES).

Adaptada por Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez (1998), del desarrollado originalmente por Sobell & Sobell en 1992. Es un registro retrospectivo de la cantidad del consumo del paciente los seis meses previos al tratamiento, aunque también puede utilizarse durante y después del tratamiento. En este registro, se identifica la frecuencia (en días) y cantidad (en gramos) de cocaína consumida. Se ha encontrado que este instrumento es confiable y válido para conocer el patrón de consumo antes de iniciar un tratamiento.

i) Subescala del WAIS Símbolos y Dígitos.

Subescalas de ejecución de la Prueba de inteligencia de Wechsler. Evalúa memoria. Su finalidad es evaluar el funcionamiento cognitivo. Se obtiene un promedio entre los puntajes estandarizados de cada subescala (Barragán et al., 2006).

2.4.3. Participantes

Las características generales de los participantes atendidos con la IBBP, son las siguientes: el 66.6% (2 participantes) fueron hombres, y el 33.3% eran mujeres (1 participante), con una edad promedio de 30 años; en cuanto a su estado civil, el 33% era casado, el 33% era divorciado y el 33% soltero; la escolaridad con la que contaba el 66% de los participantes era de licenciatura, mientras que el 33% contaba con bachillerato; el 100% contaba con una ocupación estable desde hace más de seis meses; la sustancia a tratar en el 100% de los participantes fue el alcohol, con una meta terapéutica de abstinencia, para el 33.3%, mientras que para el 66.6% fue la moderación del consumo. Cabe mencionar que el 100% reportó un nivel de ansiedad y depresión leve (véase tabla 5).

En cuanto a las características del patrón de consumo de los participantes, evaluado a partir de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE-6 MESES), se encontró lo siguiente: un promedio de consumo por ocasión de 7.2 copas estándar, y consumo total en promedio de 487.6 copas en 47.3 días de consumo. Entre los principales problemas asociados al mismo, se encontraban aquellos que afectaban el área familiar, económica y de pareja. Sin embargo, al indagar respecto a su nivel de satisfacción general, en las diversas áreas de su vida, a partir de la Escala de Satisfacción General (ESG), los participantes reportaron en promedio un nivel de 8.6 de satisfacción en general.

Por otro lado, en cuanto a la dependencia al alcohol que presentaban los participantes, se encontró de acuerdo a la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), que el 66.6% tenía una dependencia baja, mientras que el 33.3% reportó dependencia severa. El 66.6% de los participantes tenía antecedentes familiares de consumo de consumo excesivo de alcohol, y el 33.3% no reportó ningún dato al respecto (véase tabla 5).

Acercas del estadio de cambio en el que se encontraban los pacientes al inicio del tratamiento, se identificó que el 33.3% se encontraba en precontemplación, el 33.3% en acción y 33.3% en preparación. Finalmente, de acuerdo a la subescala del WAIS Símbolos y Dígitos, se encontró que el 100% de los participantes se encontraba en el término medio (véase tabla 5).

Tabla 5.
Características de los participantes atendidos con la IBBP.

	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Sexo	Hombre	Hombre	Mujer
Edad	28	18	44
Edo. Civil	Divorciado	Soltero	Casada
Escolaridad	Licenciatura	Bachillerato	Licenciatura
Ocupación	Contador	Estudiante	Comerciante
Nivel de ansiedad	Leve	Leve	Leve
Nivel de depresión	Mínima	Mínima	Mínima
Sustancia a tratar	Alcohol	Alcohol	Alcohol
Meta terapéutica	Moderación	Moderación	Abstinencia
Nivel de dependencia	Baja	Baja	Severa
Etapas de cambio	Preparación	Precontemplación	Acción
Antecedentes familiares de consumo	Negativos	Positivos	Negativos
Puntaje en sub-escala del WAIS Símbolos y Dígitos	Término medio	Término medio	Término medio
Avance en la intervención	Alta	Evaluación	Alta
Número de sesiones	8	3	8

Así mismo, las situaciones de consumo y autoconfianza, reportadas por los participantes en el ISCA y CBCS, se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 6.

Situaciones de consumo y autoeficacia reportada por los participantes atendidos con el IBBP, antes y después de la intervención.

		Participante 1				Participante 2				Participante 3			
		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	16.6	0	90	95	43.3	--	0	--	6.6	0	90	100
	Malestar físico	16.6	0	70	100	16.6	--	100	--	0	0	100	100
	Conflicto con otros	18.3	0	90	100	6.6	--	0	--	0	0	100	100
Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	70	16.6	20	80	60	--	0	--	37	0	100	100
	Emociones agradables	46.6	0	50	80	83.3	--	70	--	18.3	0	100	100
Situaciones de tentación	Impulsos y tentaciones	43.3	0	70	90	46.6	--	0	--	16.6	0	100	100
	Presión social	63.3	0	10	80	73.3	--	0	--	50	0	100	100
	Probando el control personal	30	0	60	80	53.3	--	80	--	63	0	100	100

2.4.4. Procedimiento

a) Cada paciente fue asignado por parte de las autoridades del Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREAHAV), proporcionando todos los datos correspondientes del paciente a la terapeuta mediante la Hoja de Admisión, misma que contiene los datos de identificación del usuario (nombre, edad, dirección, teléfono, sustancia de consumo, etc.), así como el motivo de consulta referido, y la fecha y hora de su primera sesión.

b) Una vez realizada la entrevista inicial y la evaluación correspondiente, inició la aplicación de la IBBP y se programaron sesiones semanales, donde el avance y evolución de cada paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales.

La intervención estuvo integrada por 4 pasos y la post-evaluación ((1) Paso 1: Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas; (2) Paso 2: Identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol; (3) Paso 3: Enfrentando los Problemas originados por el Consumo de Alcohol; (4) Paso 4: Nuevo establecimiento de metas) (ver sección 2.4).

c) Una vez que la intervención fue concluida, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

2.4.5. Resultados

Con respecto al avance que tuvieron los participantes en la intervención, el 66.6% la concluyó, alcanzando su meta terapéutica (participante 1 y 3), mientras que el 33.3% (1 paciente) dejó de asistir durante las sesiones de evaluación (véase tabla 5).

Cabe mencionar que el participante 2, aunque no logró concluir la intervención, durante las sesiones que asistió pudo identificar los problemas asociados a su consumo, y se le proporcionó información psicoeducativa acerca del consumo de alcohol.

De los participantes que concluyeron el tratamiento, el 33.3% (participante 1) reportó una disminución en la frecuencia y cantidad de su patrón de consumo, con un promedio de consumo por ocasión de 3,4 copas, mientras que el otro 33.3% (participante 3) logró la abstinencia a partir del tercer componente de la intervención (Paso 1).

Los participantes también reportaron una disminución en los problemas asociados al consumo, en comparación con los reportados durante la entrevista inicial. Y cabe señalar que la satisfacción general que reportaron al final incrementó, con un nivel promedio de 9 puntos.

Por otro lado, se encontró un decremento en el porcentaje de situaciones de consumo, así como un aumento en su autoeficacia. Los datos reportados por los participantes en relación a dichos factores, se muestran en la tabla 6.

A partir de los resultados mencionados, se puede concluir que la IBBP fue efectiva, y sirvió para que los participantes pudieran identificar las consecuencias asociadas a su consumo de alcohol y las razones que tenían para modificar su forma de beber. Así mismo, a partir de la intervención los participantes pudieron identificar los disparadores de su consumo, lo que les permitió anticiparse al consumo, y poner en práctica las estrategias de enfrentamiento correspondientes a las situaciones de riesgo que se les presentaron. Lo cual se vio reflejado en el incremento de su autoeficacia y en el cambio en su patrón de consumo, moderación y abstinencia, respectivamente.

Cabe señalar que los participantes se mostraron satisfechos con los resultados obtenidos con la intervención, y destacaron la identificación de sus disparadores, como uno de los elementos de mayor utilidad para ellos.

2.5. Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF).

Descripción

La IBMF se sustenta en la teoría cognitivo social planteada por Bandura (1986) y utiliza como estrategia principal la entrevista motivacional, la aproximación de prevención de recaídas y las técnicas de autocontrol (Lira-Mandujano, González-Betanzos, Carrascoza, Ayala & Cruz-Morales, 2009; Lira, Cruz & Ayala, 2012).

El modelo que interviene en cuatro factores que a nivel individual determinan el dejar de fumar: la motivación, la dependencia a la nicotina, el apoyo y las barreras para dejar de fumar en el entorno social de la familia y los amigos(as) y las estrategias de afrontamiento, que, en un sentido genérico, proporcionan el principal contenido de la Intervención Lira et al. 2012).

La intervención está constituida por siete sesiones:

- a) Admisión: Evaluar los criterios de inclusión, explicar las características de la intervención breve.
- b) Evaluación: Conocer el patrón de consumo, autoeficacia, historia de consumo de drogas y datos sociodemográficos.
- c) Sesiones de tratamiento:
 - (1) Tomar la decisión de dejar de fumar: Entrega de resultados obtenidos en la evaluación, realizar un ejercicio de balance decisional.
 - (2) Identificar mis situaciones relacionadas con fumar: Identificación de precipitadores y consecuencias de las principales situaciones de consumo, a través del análisis funcional de la conducta.
 - (3) Planes de acción para dejar de fumar: Realizar un plan de acción para las principales situaciones de consumo, a través de la utilización de técnicas basadas en el modelo de prevención de recaídas y la realización de ensayos conductuales.
 - (4) Mantenerme sin fumar: Revisión de la efectividad de los planes de acción y cambios en el patrón de consumo.
- d) Seguimiento (a los seis meses): Conocer el patrón de consumo después de seis meses de que se aplicó la intervención.

Perfil de usuario

Está dirigida a personas que están interesadas en dejar de fumar y que no tienen el diagnóstico de alguna enfermedad (hipertensión, dolor de pecho, tener úlceras, diabetes, algún tipo de cáncer) y sin depresión mayor, ansiedad severa u otro trastorno psiquiátrico (Lira et al., 2012).

2.5.1. Escenario

La IBMF se llevó a cabo en el CEPREAHAV, cuya descripción se realizó en la sección 2.4.1 de este trabajo.

2.5.2. Instrumentos

Los instrumentos requeridos en la aplicación del IBMF fueron los siguientes: ASSIST; Cuestionario de confianza Situacional (CBCS); Entrevista Inicial (EI); Escala de Satisfacción General (ESG); Inventario de Ansiedad de Beck (BAI); Inventario de Depresión de Beck (BDI); Línea Base Retrospectiva (LIBARE-6 MESES, cuyas características fueron descritas en la sección 2.4.2 de este trabajo. Además, se utilizó el siguiente instrumento:

a) Test de Dependencia a la Nicotina de Fagerström.

Desarrollado por Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström en 1991 y traducido y adaptado para población mexicana por Lira en 2002. Permite conocer si el fumador tiene dependencia baja, media o alta a la nicotina. Una puntuación de 6 o más indica una dependencia alta, de lo contrario la dependencia es media o baja.

2.5.3. Participantes

El 100% de los participantes (3 pacientes) que recibieron la IBMF fueron hombres, con una media de edad de 43 años, el estado civil del 33.3% era casado, 33.3% soltero y 33.3% divorciado; todos ellos tenían un nivel de estudios de licenciatura, y una ocupación estable de al menos 6 meses. La meta que se estableció para los tres casos fue la abstinencia (véase tabla 7).

Cabe señalar que, al inicio de la intervención, se identificó que el 66.6% de los participantes se encontraba en estadio de cambio de determinación, y el 33% se encontraba en precontemplación.

En cuanto al patrón de consumo, de acuerdo a la LIBARE-6 MESES, se identificó que los participantes presentaban un promedio de consumo por día de 20.33 cigarros, con un promedio total de consumo de 4554.66 cigarros en un promedio de 165.66 días de consumo. Y se encontró a partir de test de dependencia a la nicotina de Fagerström, que el 66.6% presentaba una dependencia leve a la nicotina, mientras que el 33.3% reportó dependencia una moderada (véase tabla 7).

Así mismo, se encontró que el 66.6% presentaba un nivel de ansiedad leve, mientras que el 33.3% reportó un nivel moderado. Y en cuanto al nivel de depresión, el 100% presentaba un nivel mínimo. Además, los datos obtenidos durante la entrevista, permitieron

identificar que ningún participante presentaba antecedentes familiares de consumo de alcohol u otras drogas (véase tabla 7).

Por otro lado, el nivel de satisfacción que reportaron hacia todas las áreas de su vida en general fue en promedio de 8 puntos, en una escala del uno al 10. Sin embargo, el 100% de los participantes, estaba insatisfecho con su consumo y con sus hábitos personales (asociados con el consumo).

Tabla 7.
Características de los participantes atendidos con la IBMF.

	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Sexo	Hombre	Hombre	Hombre
Edad	50	23	56
Edo. Civil	Casado	Soltero	Divorciado
Escolaridad	Licenciatura	Licenciatura	Licenciatura
Ocupación	Administrador	Estudiante	Ingeniero textil
Nivel de ansiedad	Leve	Moderado	Leve
Nivel de depresión	Mínima	Mínima	Mínima
Sustancia a tratar	Tabaco	Tabaco	Tabaco
Meta terapéutica	Abstinencia	Abstinencia	Abstinencia
Nivel de dependencia	Baja	Baja	Media
Etapas de cambio	Determinación	Determinación	Precontemplación
Antecedentes familiares de consumo	Negativos	Negativos	Negativos
Avance en la intervención	Alta	Alta	Baja
Componentes Adicionales al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Control de ansiedad • Análisis funcional de la conducta de consumo • Solución de problemas • Prevención de recaídas 	--	--
Número de sesiones	12	6	6

Con respecto a la confianza situacional que reportaron los participantes antes de la intervención, se encontró lo siguiente:

Tabla 8.

Autoconfianza reportada por los participantes atendidos con el IBMF, antes y después de la intervención.

		Participante 1		Participante 2		Participante 3	
		Autoeficacia (%)		Autoeficacia (%)		Autoeficacia (%)	
		pre	post	pre	post	pre	Post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	90	85	0	100	90	--
	Malestar físico	70	90	100	100	100	--
	Conflicto con otros	90	100	0	100	100	--
Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	20	100	0	100	100	--
	Emociones agradables	50	100	70	100	100	--
Situaciones de tentación	Impulsos y tentaciones	70	80	0	100	100	--
	Presión social	10	100	0	100	100	--
	Probando el control personal	60	85	80	100	100	--

2.5.4. Procedimiento

a) Cada paciente fue asignado por parte de las autoridades del CEPREAHAV, proporcionando todos los datos correspondientes del paciente a la terapeuta mediante la Hoja de Admisión, misma que contiene los datos de identificación del usuario (nombre, edad, dirección, teléfono, sustancia de consumo, etc.), así como el motivo de consulta referido, y la fecha y hora de su primera sesión.

b) Una vez realizada la entrevista inicial y la evaluación correspondiente, inició la aplicación de la IBMF y se programaron sesiones semanales, donde el avance y evolución de cada paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales.

La intervención estuvo integrada por 4 pasos y la post-evaluación ((1) Tomar la decisión de dejar de fumar; (2) Identificar mis situaciones relacionadas con fumar; (3) Planes de acción para dejar de fumar; (4) Mantenerme sin fumar (ver sección 2.5).

c) Una vez que la intervención fue concluida, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

2.5.5. Resultados

El 66.6% de los participantes (participante 1 y 2) concluyeron la intervención y alcanzaron la meta de terapéutica establecida (abstinencia). Por otro lado, el 33.3% (participante 3) de los participantes, abandonó la intervención durante tercer componente. Sin embargo, dicho participante logró una reducción del 50% en su patrón de consumo, en frecuencia y cantidad. Lo cual logró, a partir de la identificación de sus disparadores para el consumo de tabaco, y anticipándose al mismo elaborando planes de acción con estrategias de enfrentamiento correspondientes a las situaciones de riesgo que se le presentaban.

En cuanto a la satisfacción general en las diversas áreas de la vida de los participantes que concluyeron la intervención, reportaron un incremento a 9 puntos en promedio, en una escala del uno al 10, expresando mayor bienestar con sus hábitos personales y en su salud en general.

Así mismo, la confianza asociada a las situaciones de consumo, tuvo en aumento en la mayoría de las categorías evaluadas a partir del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS) (véase tabla 8).

Por lo tanto, es posible concluir que la IBMF fue efectiva ya que los participantes alcanzaron la meta terapéutica a partir de la elaboración de planes de acción con estrategias para enfrentar los disparadores del consumo y anticiparse a los mismos. Lo cual, fue uno de los elementos más importantes durante el desarrollo del programa, y que tuvo un impacto positivo en el nivel de autoeficacia de los participantes para enfrentar las situaciones de riesgo sin el consumo de tabaco. Lo que a su vez les permitió reducir gradualmente su patrón de consumo, hasta llegar a su meta.

2.6. Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Consumen Alcohol y otras Drogas (PIBA).

Descripción

El programa de atención para adolescentes, es un tratamiento cognitivo-conductual para jóvenes que consumen alguna sustancia adictiva como alcohol marihuana, cocaína e inhalables. Este programa tiene como objetivo promover un cambio el patrón de consumo de sustancias, a través de un programa de intervención breve motivacional basado en la teoría del aprendizaje social; así como guiar y entrenar al adolescente en habilidades de auto-regulación para controlar su consumo de drogas y mantener el cambio en la conducta de consumo (Martínez, Salazar, Ruiz & Ayala, 2012).

1. Dentro de la información que se maneja, en el tratamiento se incluye:
2. Retroalimentación personalizada sobre las consecuencias del abuso de sustancias.

3. Cuatro sesiones de tratamiento en forma individual donde se realizan diferentes ejercicios con base en los siguientes tópicos:
 - a) Discusión de los costos y beneficios de cambiar el consumo de drogas
 - b) Establecimiento de una meta de consumo.
 - c) Resultados del registro diario de consumo y de selección de metas.
 - d) Discusión acerca de la manera en que se va cumpliendo la meta de consumo durante las semanas de tratamiento.
 - e) Discusión de las metas de vida a corto y largo plazo, y la influencia que ejerce el consumo de sustancias en la realización de estas metas.
 - f) Identificación de las situaciones de riesgo para el consumo de sustancias.
 - g) Desarrollo de estrategias y habilidades de solución de problemas, para encontrar alternativas para cambiar el consumo de sustancias.
 - h) Enseñanza de habilidades para afrontar las recaídas.

El programa incluye las siguientes etapas para su desarrollo:

- 1) Admisión: evaluación de los criterios de inclusión al programa.
- 2) Evaluación: evaluación del patrón de consumo, situaciones de consumo, síntomas de dependencia hacia la droga y problemas relacionados al consumo.
- 3) Inducción al tratamiento: promover la disposición al cambio de los adolescentes, identificados como consumidores a ingresar al programa de intervención breve para adolescentes, a través de las estrategias de la entrevista motivacional.
- 4) Tratamiento: Consta de cuatro sesiones con el adolescente de forma individual, con una duración de 60 a 90 minutos cada sesión, una vez a la semana. Cada una de las sesiones tiene un formato especial de acuerdo a los objetivos propuestos:
 - a) Balance Decisional y Establecimiento de Meta de Consumo
 - b) Situaciones de Riesgo y Planes de Acción
 - c) Metas de Vida
 - d) Restablecimiento de Meta de Consumo
- 5) Seguimiento: evaluar el cambio en el patrón de consumo y su mantenimiento al mes, tres y seis meses de haber concluido el tratamiento

Perfil de usuario

El PIBA está dirigido a jóvenes estudiantes de nivel medio superior de entre 14 y 18 años de edad, que consumen alguna droga (alcohol, cocaína, marihuana e inhalables), que reportan problemas relacionados con su consumo, y que no presentan dependencia hacia la

droga de consumo (evaluado a través de los indicadores de dependencia del DSM-IV). Los criterios de exclusión para la aplicación de este programa son: a) adolescentes que no asisten a la escuela; b) adolescentes que presentan dependencia hacia la droga; c) adolescentes que presentan desordenes psiquiátricos (Martínez et al., 2012).

2.6.1. Escenario

Dicho programa se aplicó en el Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREAHAV), cuyas características fueron descritas en la sección 2.4.1.

2.6.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados incluyen el ASSIST; Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20); Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS); Entrevista Inicial (EI); Escala de Satisfacción General (ESG); Inventario de Ansiedad de Beck (IAB); Inventario de Depresión de Beck (IDB); Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD); Línea Base Retrospectiva (LIBARE-6 MESES); Subescala de WAIS Simbolos y Digitos; mismos que fueron descritos anteriormente. Además, se aplicaron los instrumentos que a continuación se describen:

a) Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT).

Traducido y adaptado por Mariño, González- Forteza, Andrade, & Medina-Mora (1997), es un cuestionario de tamizaje de 81 reactivos, contempla 7 áreas de funcionamiento: uso/abuso de sustancias, salud mental, relaciones familiares, relaciones con amigos, nivel educativo, interés laboral y conducta agresiva/ delincuencia. Para los objetivos de este programa solo se utilizó el área de uso/abuso de sustancias que contiene 17 reactivos cuya opción de respuesta es dicotómica (sí/no). A partir de una respuesta afirmativa a uno de los 17 reactivos contenidos dentro de este instrumento, se recomienda evaluar al adolescente, ya que esto indica la presencia de problemas asociados con el consumo. Presenta una confiabilidad de 0.90, se puede aplicar de forma individual o grupal.

b) Indicadores de dependencia DSM IV.

El cuestionario tiene el objetivo de explorar si el adolescente reporta algún síntoma de dependencia a alguna sustancia del acuerdo a los criterios del DSM IV, sin embargo, no es un instrumento diagnóstico. Este cuestionario consta de siete reactivos, donde se le pide al adolescente que conteste afirmando o negando si en los últimos 12 meses ha presentado alguna de las situaciones o consecuencias por el consumo de alcohol u otra droga. Los síntomas descritos se basan en la definición de dependencia del DSM-IV, que la señala como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro

clínicamente significativo y que se caracteriza por la presencia de tres o más de los siguientes puntos, en algún momento, dentro de un período de 12 meses:

1. Tolerancia
2. Dependencia física que se manifiesta como abstinencia al suspender la droga.
3. Consumo de la sustancia en cantidades mayores o durante tiempo más largos de lo que inicialmente se pretendía.
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Empleo de tiempo cada vez mayor en actividades relacionadas con la obtención y el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.
6. Reducción importante de actividades sociales, laborales o recreativas, debido al consumo de la sustancia.
7. Continuación del consumo de la sustancia a pesar de tener conciencia del daño que ocasiona.

2.6.3. Participantes

Los pacientes atendidos con el PIBA, fueron 3 hombres con un promedio de edad de 16 años, solteros y estudiantes de bachillerato. La sustancia a tratar en el 100% de ellos, fue la marihuana, y se estableció la meta de abstinencia en los tres casos. Cabe señalar que, al inicio de la intervención, se identificó que los participantes se encontraban en la etapa de cambio de determinación, acción y precontemplación, respectivamente.

En cuanto al patrón de consumo, de acuerdo a la LIBARE-6 MESES, los participantes reportaron un promedio de consumo por ocasión de 0.9 cigarros de marihuana (se tomó como unidad de medida de consumo un cigarro de aproximadamente 2.5gr.), con un promedio total de consumo de 11.25 cigarros en un promedio de 12.5 días de consumo. Y de acuerdo a los indicadores de dependencia del DSM-IV y el CAD-20 se identificó, que el 66.6% no reportó dependencia a la marihuana, mientras que el 33.3% reportó dependencia baja (véase tabla 9).

Por otro lado, el 100% presentaba un nivel de ansiedad y depresión leve/mínima. Además, a partir de los datos obtenidos durante la entrevista, se identificó que ningún participante presentaba antecedentes familiares de consumo de alcohol u otras drogas (véase tabla 13).

De acuerdo a la escala de consumo de drogas del POSIT, los participantes presentaban al menos un problema asociado al consumo, entre los que principalmente reportaron, problemas en el área escolar y familiar.

En cuanto al nivel de satisfacción que reportaron los adolescentes hacia todas las áreas de su vida en general fue en promedio de 9 puntos, en una escala del uno al 10.

Finalmente, de acuerdo a la subescala del WAIS Símbolos y Dígitos, se encontró que el 100% de los participantes se encontraba en el término medio (véase tabla 9).

Tabla 9.
Características de los participantes atendidos con el PIBA.

	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Sexo	Hombre	Hombre	Hombre
Edad	16	16	16
Edo. Civil	Soltero	Soltero	Soltero
Escolaridad	Bachillerato	Bachillerato	Bachillerato
Ocupación	Estudiante	Estudiante	Estudiante
Nivel de ansiedad	Leve	Leve	Leve
Nivel de depresión	Mínima	Mínima	Mínima
Sustancia a tratar	Marihuana	Marihuana	Marihuana
Meta terapéutica	Abstinencia	Abstinencia	Abstinencia
Nivel de dependencia	Baja	No reportó	No reportó
Etapas de cambio	Preparación	Acción	Precontemplación
Antecedentes familiares de consumo	Negativos	Negativos	Negativos
Puntaje en subescala del WAIS Símbolos y Dígitos	Término medio	Término medio	Término medio
Avance en la intervención	Alta	Alta	Evaluación
Número de sesiones	8	6	2

Las situaciones de consumo y autoconfianza que reportaron los participantes, son las siguientes, aunque solo se muestran los datos correspondientes al 66.6% de los pacientes, ya que el 33% no concluyó la evaluación correspondiente.

Tabla 10.
Situaciones de consumo y autoeficacia reportada por los participantes atendidos con el PIBA, antes y después de la intervención.

		Participante 1				Participante 2			
		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	27	0	50	85	0	0	100	100
	Malestar físico	10	0	70	100	0	0	90	100
	Conflicto con otros	7	0	80	85	0	0	100	100
Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	40	0	100	100	0	0	100	100
	Emociones agradables	0	0	90	100	0	0	100	100
Situaciones de tentación	Impulsos y tentaciones	11	0	100	100	0	0	90	100
	Presión social	13	0	80	85	0	0	90	100
	Probando el control personal	20	0	70	80	0	0	90	100

2.6.4. Procedimiento

a) Cada paciente fue asignado por parte de las autoridades del CEPREAHAV, proporcionando todos los datos correspondientes del paciente a la terapeuta mediante la Hoja de Admisión, misma que contiene los datos de identificación del usuario (nombre, edad, dirección, teléfono, sustancia de consumo, etc.), así como el motivo de consulta referido, y la fecha y hora de su primera sesión.

b) Una vez realizada la entrevista inicial y la evaluación correspondiente, inició la aplicación del PIBA y se programaron sesiones semanales, donde el avance y evolución de cada paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales.

La intervención estuvo integrada por los siguientes componentes y la post-evaluación ((1) inducción al tratamiento; (2) tratamiento (balance decisional y establecimiento de meta de consumo, situaciones de riesgo y planes de acción, metas de vida, restablecimiento de meta de consumo); (3) Seguimiento a un mes (ver sección 2.6).

c) Una vez que la intervención fue concluida, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

2.6.5. Resultados

En cuanto al avance en el tratamiento que tuvieron los participantes, cabe señalar que el 66.6% (participante 1 y 2) concluyó el programa, mientras que el 33.3% (participante 3) dejó de asistir durante las sesiones de evaluación.

Cabe señalar, que, aunque el participante 3 no concluyó la intervención, pudo recibir información psicoeducativa sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Así como, identificar las principales consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo de su consumo.

Respecto a los participantes que finalizaron el programa, es preciso mencionar que dejaron de consumir desde las etapas iniciales de la intervención (inducción al tratamiento), alcanzando la abstinencia a partir de ese momento.

Así mismo, la confianza asociada a las situaciones de consumo, tuvo en aumento en la mayoría de las categorías evaluadas a partir del Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS) (véase tabla 10).

Y en cuanto a la satisfacción general en las diversas áreas de su vida, al finalizar la intervención, los participantes reportaron un nivel de 9 puntos, en una escala del 1 al 10, y comentaron una disminución en los problemas asociados al consumo, principalmente en el área familiar y escolar.

A partir de los resultados mencionados, se puede concluir que el PIBA, fue un programa efectivo, para prevenir el consumo en los participantes. Ya que a partir de la identificación de los disparadores de su consumo y de las consecuencias asociadas al mismo, los participantes reafirmaron su compromiso para continuar en abstinencia. Cabe señalar que, las sesiones iniciales de la intervención donde se proporcionó información psicoeducativa, fueron referidas por los pacientes, como el elemento de mayor utilidad para ellos.

2.7. Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC).

Descripción

El Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) es un modelo de tratamiento cognitivo conductual para usuarios dependientes de sustancias adictivas adaptado a población mexicana, del Community Reinforcement Approach (CRA) desarrollado por Hunt y Azrin (1973), dicho tratamiento fue desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Tiene como objetivo que el paciente modifique su conducta de consumo, alcance la abstinencia y propicie un estilo de vida más satisfactorio (Barragán et al., 2006).

El PSC se está integrado de la siguiente manera:

- a) Admisión
- b) Evaluación
- c) 12 Componentes de Intervención: 1) Análisis Funcional de la Conducta de Consumo y No Consumo; 2) Muestra de Abstinencia; 3) Metas de Vida Cotidiana; 4) Rehusarse al Consumo; 5) Solución de Problemas; 6) Habilidades de Comunicación; 7) Control de las emociones (enojo, ansiedad, tristeza y celos); 8) Búsqueda de empleo; 9) Consejo Marital; 10) Habilidades Sociales y Recreativas; 11) Prevención de Recaídas; 12) Entrenamiento al otro significativo.
- d) Dichos componentes, giran en torno a identificar, establecer y alcanzar metas que el paciente se proponga, teniendo como finalidad que desarrolle conductas eficientes que le permitan enfrentar eventos y/o estímulos problemas que generalmente lo hacían recurrir al consumo para enfrentarlos, por lo que se espera que con dicho tratamiento el paciente decida enfrentar estos problemas, favoreciendo el aprendizaje y aplicación de las estrategias revisadas (Barragán, et al., 2006).
- e) Seguimientos

Perfil de usuario

El PSC está dirigido a pacientes de 18 años o más; que sepan leer y escribir; con una escolaridad preferentemente de preparatoria en adelante; con un funcionamiento cognitivo de 6 puntos o superior; con un nivel de dependencia medio o severo al alcohol (22-30/ 31-

47 puntos en la EDA), o en su caso, un nivel de dependencia sustancial o severo a las drogas (11-15/16-20 puntos en el CAD); que presenten pérdidas/daños/alteraciones en al menos 3 áreas de su vida cotidiana (Barragán et al., 2006).

2.7.1. Escenario

El Programa de Satisfactores Cotidianos se aplicó en el Centro de Prevención de Adicciones “Dr. Héctor Ayala Velázquez” (CEPREAHAV), cuyas características fueron descritas en la sección 2.4.1.

2.7.2. Instrumentos

Para llevar a cabo la aplicación del PSC, se utilizaron los siguientes instrumentos: ASSIST; Cuestionario de Abuso de Drogas (CAD-20); Cuestionario de confianza Situacional (CBCS); Entrevista Inicial (EI); Escala de Satisfacción General (ESG); Inventario de Ansiedad de Beck (BAI); Inventario de depresión de Beck (BDI); Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD); Línea Base Retrospectiva (LIBARE-6 MESES); Subescala del WAIS Símbolos y Dígitos, Escala de Dependencia al Alcohol (EDA); Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA), cuyas características ya fueron descritas (ver sección 2.4.2).

2.7.3. Participantes

El Programa de Satisfactores Cotidianos se aplicó a 3 participantes 66.6% hombres (2 pacientes) y 33.3% mujeres (1 paciente), con una media de edad de 43 años; el estado civil del 100% era soltero; el 66.6% de ellos tenía escolaridad de licenciatura, mientras el 33.3% contaba con secundaria; el 66.6% no contaba con una ocupación y el 33.3% era dentista; la sustancia a tratar en el 100% fue el alcohol y la meta que se estableció para los tres casos fue la abstinencia (véase tabla 16).

Cabe señalar que, al inicio de la intervención, se identificó que el 66.6% de los participantes se encontraba en estadio de cambio de preparación, y el 33% se encontraba en precontemplación.

En cuanto al patrón de consumo, de acuerdo a la LIBARE-6 MESES, se identificó que los participantes presentaban un promedio de consumo por ocasión de 7.91 copas estándar, con un promedio total de consumo de 361.66 copas en un promedio de 51 días de consumo. Y se encontró a partir de la EDA, que el 66.6% presentaba una dependencia moderada, mientras que el 33.3% reportó dependencia leve (véase tabla 16).

Por otro lado, el nivel de ansiedad que reportó el 66.6% fue moderado, y el 33.3% leve. Y en cuanto al nivel de depresión, el 66.6% presentaba un nivel moderado y el 33.3% mínimo. Además, los datos obtenidos durante la entrevista, permitieron identificar que el

66.6% de los participantes presentaba antecedentes familiares de consumo de alcohol (véase tabla 16).

En cuanto, al nivel de satisfacción que reportaron hacia todas las áreas de su vida en general fue en promedio de 4.6 puntos, en una escala del 1 al 10. Cabe mencionar, que el 100% de los participantes presentaba al menos un problema grave asociado al consumo, entre ellos se encontraban: problemas de salud (diagnosticados por un médico), malestar emocional, problemas o pérdida de empleo, y problemas familiares y económicos. Finalmente, de acuerdo a la subescala del WAIS Símbolos y Dígitos, se encontró que el 100% de los participantes se encontraba en el término medio (véase tabla 16).

Tabla 16.
Características de los participantes atendidos con el PSC.

	Participante 1	Participante 2	Participante 3
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre
Edad	50	27	52
Edo. Civil	Soltero	Soltera	Soltero
Escolaridad	Secundaria	Licenciatura	Licenciatura
Ocupación	Sin ocupación	Dentista	Sin ocupación
Nivel de ansiedad	Moderada	Moderada	Leve
Nivel de depresión	Moderada	Moderada	Mínima
Sustancia a tratar	Alcohol	Alcohol	Alcohol
Meta terapéutica	Abstinencia	Abstinencia	Abstinencia
Nivel de dependencia	Moderada	Moderada	Baja
Etapas de cambio	Preparación	Preparación	Acción
Antecedentes familiares de consumo	Positivos	Positivos	Positivos
Puntaje en subescala del WAIS Símbolos y Dígitos	Término medio	Término medio	Término medio
Avance en la intervención	Alta	4° componente	Referencia
Número de sesiones	18	8	9

En cuanto a las situaciones de consumo, y la autoconfianza asociadas a las mismas, los participantes reportaron lo siguiente:

Tabla 12.

Situaciones de consumo y autoeficacia reportada por los participantes atendidos con el PSC, antes y después del programa.

		Participante 1				Participante 2				Participante 3			
		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)		Situaciones (%)		Autoeficacia (%)	
		pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	post	pre	Post
Situaciones Negativas	Emociones desagradables	53	23	10	80	67	--	0	--	40	--	50	--
	Malestar físico	20	0	100	100	50	--	50	--	47	--	70	--
	Conflicto con otros	35	0	30	70	42	--	50	--	28	--	70	--
Situaciones Positivas	Momentos agradables con otros	10	0	100	100	90	--	30	--	33	--	70	--
	Emociones agradables	53	0	50	90	73	--	80	--	63	--	80	--
Situaciones de tentación	Impulsos y tentaciones	23	23	10	70	73	--	30	--	40	--	40	--
	Presión social	10	0	100	100	70	--	10	--	53	--	50	--
	Probando el control personal	33	0	0	80	83	--	0	--	60	--	50	--

2.7.4. Procedimiento

a) Cada paciente fue asignado por parte de las autoridades del CEPREAHAV, proporcionando todos los datos correspondientes del paciente a la terapeuta mediante la Hoja de Admisión, misma que contiene los datos de identificación del usuario (nombre, edad, dirección, teléfono, sustancia de consumo, etc.), así como el motivo de consulta referido, y la fecha y hora de su primera sesión.

b) Una vez realizada la entrevista inicial y la evaluación correspondiente, inició la aplicación del PSC y se programaron sesiones semanales, donde el avance y evolución de cada paciente fluctuó de acuerdo a sus necesidades y características personales.

La intervención estuvo integrada por los distintos componentes que integran el programa (análisis funcional de la conducta de consumo y no consumo; muestra de abstinencia; metas de vida cotidiana; rehusarse al consumo; solución de problemas; habilidades de comunicación; control de las emociones (enojo, ansiedad, tristeza y celos); búsqueda de empleo; consejo marital; habilidades sociales y recreativas; prevención de recaídas; entrenamiento al otro significativo), mismos que fueron seleccionados para cada paciente, de acuerdo a sus necesidades de tratamiento (ver sección 2.7).

c) Una vez que la intervención fue concluida, se realizó la post-evaluación correspondiente, así como el cierre del tratamiento, identificando con el paciente los logros y resultados obtenidos.

2.7.5. Resultados

Respecto al avance en el tratamiento que tuvieron los participantes, el 33.3% (paciente 1) de los ellos finalizó el tratamiento, el 33.3% (paciente 3) fue canalizado a un tratamiento de internamiento, y el 33.3% (paciente 2) dejó de asistir durante el cuarto componente del programa.

El paciente 1 reportó un promedio de consumo por ocasión de 8 copas por ocasión, en 2 episodios de consumo, durante la etapa inicial del programa. Sin embargo, posteriormente alcanzó la abstinencia. Cabe señalar que, al realizar el seguimiento a un mes, reportó que se había mantenido.

Así mismo, reportó un decremento en sus situaciones de consumo, y un incremento en su autoeficacia para enfrentar situaciones de riesgo sin el consumo de alcohol. En la tabla 12, se presentan los datos correspondientes.

La paciente 2, logró una reducción en la cantidad y frecuencia de su consumo, con un promedio de consumo por ocasión de aproximadamente 4 copas estándar, y reportó una disminución de los problemas asociados a al mismo, principalmente en el área familiar, de pareja y laboral. Sin embargo, por cuestiones de disponibilidad de tiempo, dejó de asistir al programa.

El paciente 3, fue referido a un tratamiento residencial, debido a constantes episodios de consumo, y por solicitud de su familia y él mismo. Sin embargo, durante las sesiones que asistió al programa, logró principalmente identificar las consecuencias asociadas a su consumo y sus efectos a corto y largo plazo, así como identificar los principales disparadores para su consumo, y las consecuencias asociadas al mismo.

De acuerdo a los resultados mencionados, es posible concluir que el PSC fue efectivo para apoyar a los pacientes en el establecimiento de una meta terapéutica y un compromiso para cambiar su forma de beber. Así como para identificar los principales disparadores de su consumo, para así poder anticiparse a ellos con planes de acción que incluyeran estrategias alternativas al consumo, lo cual se vio reflejado en la reducción de su consumo (o abstinencia, según fuera el caso), así como en el incremento de su autoconfianza.

CAPÍTULO III. REPORTE DE CASO ÚNICO

3.1. Motivo de Consulta

La paciente que a partir de ahora se le llamará E.R., era una mujer de 33 años de edad, con una escolaridad de licenciatura en administración de empresas, campo al que se ha dedicado desde hace más de 5 años, en un trabajo estable, como asesora de ventas. Es madre de dos niñas, de 4 y 9 años, respectivamente; mencionó que se encontraba separada de su esposo desde hace 2 años. Sin embargo, en ese momento reportó que habían acordado vivir juntos por el cuidado de sus hijas, limitando su convivencia únicamente a lo relacionado con ellas, aunque dicha situación le incomodaba y le ocasionaba problemas frecuentemente, ya que ella mantenía una relación con otra persona, aproximadamente desde hace un año.

E.R. acudió al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM, por recomendación de una hermana, solicitando atención respecto a problemas de consumo de alcohol.

La paciente inició el consumo de alcohol a los 17 años de edad, por invitación de compañeros de la escuela, en fiestas o reuniones, donde generalmente bebía 1 o 2 copas cada 20 días, siendo su bebida de preferencia, desde el inicio, la cerveza. Posteriormente, su consumo fue incrementando y cuando se encontraba estudiando en la universidad, bebía aproximadamente cada 15 días 4 o 5 copas estándar en fiestas con amigos de la escuela.

Sin embargo, E.R. reportó que desde hace 5 años empezó a beber en exceso, cada semana, de 6 a 8 copas estándar por ocasión, aproximadamente, aunque llegaba a beber hasta 10 copas. Generalmente bebía jueves y viernes con amigos del trabajo en fiestas y a veces sola con un par de amigos cercanos. Dicha situación ocasionó la separación con su esposo, ya que E.R., casi siempre bebía hasta intoxicarse, llegando en ese estado a su casa y descuidando la atención a sus hijas. Por otro lado, la paciente señaló que, en ese periodo, su desempeño en el trabajo disminuyó, lo cual se reflejó en llamadas de atención por parte de su jefe, disminución en su productividad y satisfacción hacia su trabajo.

E.R. reportó que, desde hace 2 años, la problemática se ha agudizado, ya que considera que tiene un gran problema con su consumo de alcohol, debido a que ha presentado problemas, uno de los cuales considera de gravedad, refiriéndose a la separación con su esposo y a la posibilidad de perder la patria potestad de sus hijas. A partir del periodo mencionado, su consumo incrementó a 8 copas estándar por ocasión en promedio, alcanzando frecuentemente un consumo de 12 copas.

Los problemas asociados que presentaba tuvieron repercusiones en diversas áreas de la vida de E.R., tales como: gastritis, fatiga, adormecimiento de manos, lagunas mentales,

tristeza, culpa, ruptura con su esposo, faltas a su trabajo y discusiones familiares. Aunque cabe señalar que su familia (hermanos y su madre) y su exesposo le han expresado que la apoyarían en el tratamiento.

Por otro lado, la paciente señaló que, desde que el consumo de alcohol se ha vuelto un problema para ella, intentó dejar de beber en una ocasión durante el último año, logrando aproximadamente un mes de abstinencia.

En el momento de la entrevista inicial, E.R. refirió que se sentía decidida a cambiar, para recuperar la confianza de su familia, no perder a sus hijas, y retomar un buen desempeño en su trabajo. Lo que espera obtener del tratamiento es dejar el consumo de alcohol.

3.2. Evaluación

Se realizó una evaluación clínica completa, que permitió identificar el patrón de consumo de E.R. durante el año anterior al inicio del tratamiento. Así como obtener los datos correspondientes a su nivel de dependencia al alcohol, evaluar su disposición al cambio, identificar sus principales situaciones de riesgo para el consumo, identificar posibles antecedentes familiares de consumo de alcohol, evaluar el nivel de ansiedad y depresión, e identificar los principales problemas asociados al consumo.

Los instrumentos utilizados para dicha evaluación, cuyas características psicométrías fueron descritas en la sección 2.2.1 y 2.2.1 del Capítulo 2 del presente trabajo, fueron los siguientes: el Algoritmo de Compromiso para el Cambio (Alcohol) (ACC-A); el Cuestionario de Confianza para el Consumo de Alcohol (CCCD-A-50); Cuestionario del Árbol Familiar (CAF); Escala de Dependencia al alcohol (EDA-25); la Entrevista Diagnóstico Prescriptiva (EDP); Índice de Problemas de Alcohol de Rutgers (IPAR); Inventario de Ansiedad de Beck (IAB); Inventario de Depresión de Beck (IDB); Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCD-50-A); Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A); y la Prueba de pistas.

Como resultado de dicha evaluación se obtuvo lo siguiente:

a) Nivel de dependencia

De acuerdo a lo reportado en la Escala de Dependencia al alcohol (EDA-25), la paciente obtuvo un puntaje de 22 puntos, lo que corresponde al tercer cuartil e indica un nivel de dependencia sustancial (véase tabla 13).

Tabla 13.
Escala de Dependencia al Alcohol (puntajes).

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 en negritas indica el nivel de dependencia obtenido por ER en la EDA-25.

b) Patrón de consumo

Como se muestra en la Figura 1, los resultados obtenidos en Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A), señalan que durante el periodo evaluado (un año antes del inicio del tratamiento) la paciente bebió 347 copas en total, en 43 días de consumo. Lo cual indica un promedio de consumo por ocasión de 8 copas estándar, presentando un máximo de 29 copas en una ocasión y una copa en 3 ocasiones. Los días de abstinencia fueron 322.

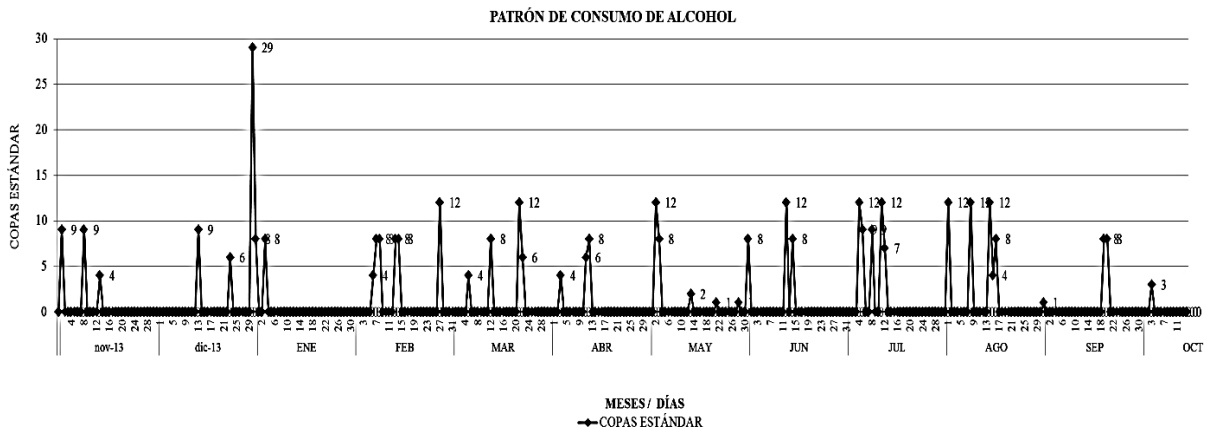


Figura 1. Número de copas de alcohol reportadas por E.R., por día de registro.

c) Situaciones de riesgo para el consumo de alcohol

Los resultados obtenidos en el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCD-50-A), indicaron que las principales situaciones de consumo de alcohol para E.R., fueron: probando el control personal (93.3%), impulsos y tentaciones (83.3%), emociones desagradables (73.3%) y presión social (60%) (véase figura 2).

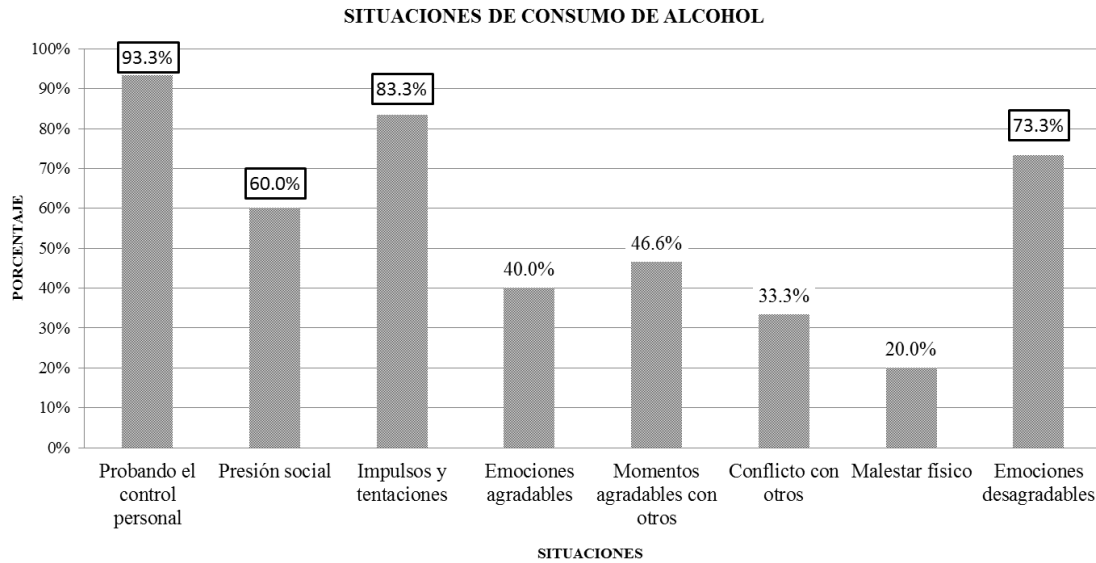


Figura 2. Porcentaje de consumo de E.R., reportado en las 8 situaciones de consumo consideradas por el ISCD-50-A.

Los datos reportados en la figura 2 se confirmaron con la información obtenida en la EDP, donde E.R. señaló que generalmente terminaba bebiendo más de lo planeado cuando se sentía triste, desesperada o agobiada por algún problema. Lo mismo ocurrió cuando le invitaban una copa en alguna fiesta o reunión, y tenía deseos de beber y experimentar el efecto, en dicha situación, solía aceptar, sin poder resistirse al consumo.

d) Confianza situacional

Los resultados obtenidos en el Cuestionario de Confianza para el Consumo de Alcohol (CCCD-A-50), señalaron que las situaciones en las que E.R. tenía menor confianza para no consumir alcohol fueron: impulsos y tentaciones (16%), probando el control personal (20%), presión social (24%) y emociones desagradables (24%) (véase Figura 3).

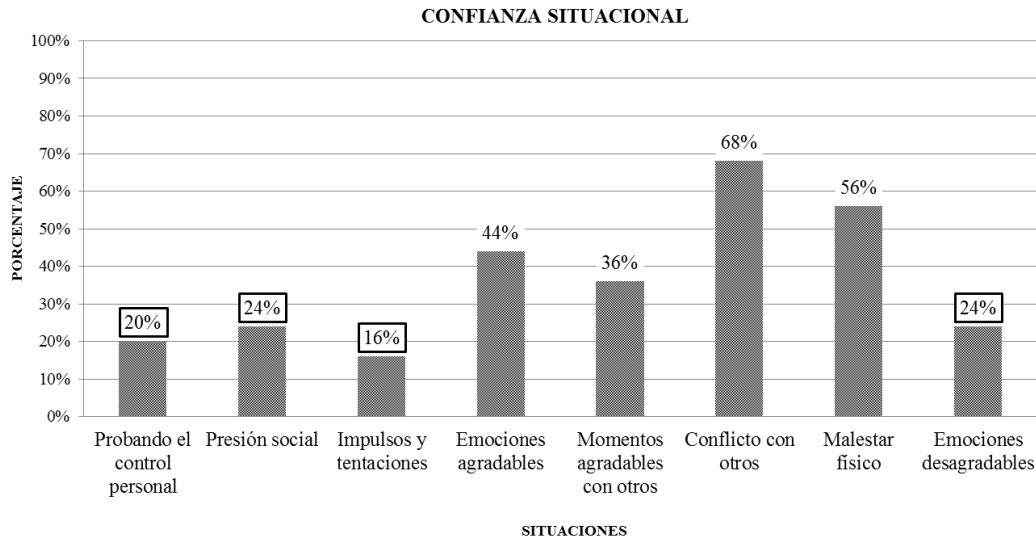


Figura 3. Porcentaje de confianza situacional reportada por E.R. en cada una de las ocho situaciones consideradas por el CCCD-A-50.

e) Problemas asociados al consumo

Los resultados obtenidos en el IPAR, en cuanto a los problemas asociados al consumo, E.R. reportó que al menos 1 o 2 veces: había dejado de hacer otras cosas debido a que gastó mucho dinero en alcohol; había causado vergüenza o molestado a alguien más; sintió que tenía un problema con el alcohol; trató de disminuir o dejar su consumo de alcohol; se peleó con un miembro de su familia; continuó bebiendo aun cuando había prometido no hacerlo. De 3 a 5 veces reportó que: había descuidado sus responsabilidades; había sido evitada por miembros de su familia; trató de controlar su consumo, bebiendo solo en ciertas ocasiones del día o lugares; faltó al trabajo; un amigo o familiar le aconsejó que disminuyera su consumo de alcohol. Y de 6 a 10 ocasiones sintió que necesitaba más alcohol del que había consumido con el fin de conseguir el mismo efecto o tuvo un mal rato.

Cabe mencionar que los problemas asociados al consumo que tuvieron tenido un impacto en las áreas, familiar, laboral, personal, de pareja, y de salud, tal como se menciona en el párrafo anterior, se reflejaron en las constantes discusiones con su ex-esposo, ya que ella llegaba intoxicada y no se hacía cargo del cuidado básico de sus hijas. Por otro lado, el desempeño en su trabajo se vio disminuido, siendo notorio para sus jefes inmediatos, quienes le llamaron la atención en diversas ocasiones. Además, E.R. reportó algunas molestias de salud que podían atribuirse al consumo excesivo de alcohol, como gastritis y colitis, aumento de peso, hormigueo en las manos y cansancio.

f) Disposición al cambio

De acuerdo al Algoritmo de Compromiso para el Cambio (Alcohol) (ACC-A), E.R. se encontraba en el estadio de cambio de *preparación*, ya que estaba considerando dejar o reducir su consumo de alcohol y había llevado a cabo, por lo menos, un intento para no beber o reducir su consumo durante los últimos 30 días previos a la evaluación.

g) Antecedentes Familiares de consumo

Como se muestra en la tabla 14, la paciente reportó antecedentes familiares positivos para el consumo de alcohol.

Tabla 14.
Antecedentes familiares de consumo de alcohol.

Abuelo paterno (consumidor problema posible)
Padre (consumidor problema definitivo)

Nota. Datos obtenidos en el Cuestionario del Árbol Familiar (CAF).

h) Nivel de ansiedad y depresión

Por otro lado, como resultado de la aplicación de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck (BAI / BDI), E.R. reportó un nivel de ansiedad y depresión severa con un puntaje de 40 y 30 puntos respectivamente (véase tabla 21). Cabe señalar que la paciente fue diagnosticada por un psiquiatra particular, un mes atrás, respecto a dichos padecimientos, iniciando en ese momento con un tratamiento farmacológico para tratarla.

Tabla 15.
Niveles de Ansiedad y Depresión (puntajes).

Ansiedad

Mínima (0-5)
Leve (6-15)
Moderada (16-30)
Severa (31-63)

Depresión

Mínima (0-9)
Leve (10-16)
Moderada (17-29)
Severa (30-63)

Nota: El puntaje en negritas indica el nivel de ansiedad y depresión reportado por E.R. los inventarios de Beck de ansiedad y depresión, respectivamente.

3.3. Recursos disponibles y déficits

En cuanto a los recursos disponibles con los que contaba E.R. se encontraban: estar motivada para hacer un cambio respecto a su consumo de alcohol (ya que recientemente había hecho un intento serio por reducir su consumo); tener periodos de abstinencia en el último año (hasta 1 mes); tener episodios de consumo de una copa estándar en una ocasión; tener identificadas algunas conexiones entre sus acciones y las consecuencias asociadas al consumo; contar con el apoyo de su familia y su ex-pareja para lograr un cambio; ser responsable y tener disposición para comprometerse ante situaciones de su interés; tener un plan de vida a futuro, incluyendo el cuidado de su familia y crecimiento laboral; y contar con ciertas habilidades de comunicación.

Por otro lado, entre los déficits a los que se enfrentaba la paciente, estaban: tener problemas constantemente en su relación de pareja; que su novio presentara consumo problemático de alcohol; tener una historia familiar positiva de consumo de alcohol.

3.4. Diagnóstico

Los datos obtenidos en la evaluación y en la EDP, indicaron que E.R. presentaba un patrón de consumo de alcohol excesivo, frecuente, y problemático, con un nivel de dependencia sustancial. De acuerdo al DSM-V, un trastorno relacionado con el uso de alcohol (categoría incluida dentro de los trastornos relacionados con sustancias).

3.5. Tratamiento

Dado el perfil de E.R., quien presentaba una dependencia sustancial al alcohol; un patrón de consumo excesivo frecuente; problemas asociados al consumo, al menos uno de los cuales consideró muy grave; una historia de consumo excesivo de alcohol de aproximadamente 5 años; 2 años de consumo problemático; y sin deterioro cognitivo. Se consideró que el tratamiento adecuado para la paciente, era el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas (PEREU) (cuya descripción se realizó en la sección 2.3 del presente trabajo), ya que, además de lo antes mencionado, la paciente presentaba déficits en destrezas de enfrentamiento ante situaciones de riesgo para el consumo, lo cual le impedía controlarlo, y frecuentemente le ocasionada problemas asociados al mismo. Dicho programa se aplicó con base en la metodología de investigación de diseño de caso único (diseño de pre-prueba/pos-prueba con un solo caso).

A partir de los datos obtenidos en la EDP y en la evaluación realizada con los instrumentos correspondientes, se estableció el plan de tratamiento para la paciente, de acuerdo a los cinco componentes del PEREU (véase Tabla 22).

Tabla 16.
Plan de tratamiento

<i>Componente</i>	<i>Objetivo y contenido</i>
Evaluación	Realizar una evaluación clínica completa, a partir de la aplicación de la Entrevista Diagnóstico Prescriptiva (EDP) y de los instrumentos correspondientes (Algoritmo de Compromiso para el Cambio (Alcohol) (ACC-A); Cuestionario del Árbol Familiar (CAF); Escala de Dependencia al alcohol (EDA-25); Índice de Problemas de Alcohol de Rutgers (IPAR); Inventario de Ansiedad de Beck (IAB); Inventario de Depresión de Beck (IDB); Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCD-50-A); Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A); y la Prueba de pistas) para identificar el nivel de dependencia, el patrón de consumo, la historia de consumo y problemas asociados, disparadores para el consumo, los antecedentes familiares de consumo, la etapa de disposición al cambio, los niveles de ansiedad y depresión, la presencia de un posible deterioro cognitivo, las fortalezas y debilidades de la paciente y las razones para cambiar.
Entrevista Motivacional	Proporcionar una retroalimentación personalizada sobre los resultados obtenidos en la evaluación. Y apoyar a la paciente a tomar una decisión para cambiar su conducta de consumo de alcohol, a partir de un ejercicio de balance decisonal. Enfatizar sus fortalezas de enfrentamiento involucrándola para comentar sus razones para cambiar, tomando en cuenta las ventajas y desventajas de dicho cambio.
Plan de tratamiento individualizado	Orientar a la paciente respecto a las características y fundamentos del programa PEREU, firmar un contrato de tratamiento y establecer las metas de tratamiento. Posteriormente, identificar los principales disparadores actuales de su consumo problemático de alcohol. Entregar el automonitoreo del consumo explicando su fundamento e importancia. Cabe señalar que en dicha fase se discute conjuntamente con la paciente las destrezas de enfrentamiento que se trabajarán, involucrándola en el desarrollo del plan de tratamiento, tomando en cuenta sus necesidades de tratamiento y sus déficits en habilidades de enfrentamiento. Destrezas de enfrentamiento incluidas: a) Enfrentamiento de la ansiedad b) Enfrentamiento de los deseos intensos c) Enfrentamiento del pesar d) Estrategias iniciales de enfrentamiento e) Incremento del apoyo social f) Rechazo del consumo de alcohol g) Relaciones Saludables h) Relajación i) Solución de problemas

Fase de “Iniciación del Cambio”

Dicha fase se enfoca en estrategias de consejo que ayudaran a la paciente a iniciar el cambio en su conducta, centrándose principalmente en la evitación de situaciones de riesgo y en el apoyo social.

Durante estas sesiones se realizan planes que permitan a la paciente, anticiparse a las situaciones de riesgo para el consumo. Además de identificaron las situaciones de riesgo y sus consecuencias, a partir de un análisis funcional de la conducta de consumo de alcohol. También se evalúa el nivel de auto-eficacia de la paciente.

En esta fase, se inició el entrenamiento las destrezas de enfrentamiento seleccionadas, mismo que se continuó en la siguiente fase

Fase de “Mantenimiento del Cambio”

En dicha fase, los apoyos de ejecución que son empleados en la Fase de Iniciación, se retiran gradualmente en la medida en la que el objetivo cambia a estrategias de enfrentamiento en las que la paciente tenga confianza. Los planes semanales incluyen alternativas de enfrentamiento y se centran en la exposición gradual a situaciones de riesgo. Las tareas son diseñadas para que la paciente tenga el control y atribuya el éxito a sus propios esfuerzos, lo cual contribuiría a incrementar su autoeficacia.

3.5.1. Desarrollo del programa por sesiones

3.5.1.1. Sesión 1: Evaluación

Tabla 17.
Sesión 1

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Indagar por medio de la entrevista, el motivo de consulta, las expectativas en el tratamiento, el funcionamiento psicosocial de la paciente, su historia de consumo de sustancias, las consecuencias asociadas al mismo, los antecedentes familiares de consumo de alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos, sus razones para cambiar, y sus fortalezas y debilidades.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas abiertas• Escucha reflexiva• Expresar empatía• Reforzamiento positivo• Hacer resúmenes• Provocar afirmaciones automotivadoras
b) A partir de los instrumentos de evaluación correspondientes: identificar el nivel de dependencia al alcohol, el patrón de consumo, las situaciones de riesgo para el consumo, la disposición al cambio que presentaba, los antecedentes familiares de consumo, el nivel de ansiedad y depresión y la presencia de un posible deterioro cognitivo.	

La sesión inició dando el saludo y la bienvenida a la paciente, quien desde que llegó mostró disposición para participar. En seguida, se estableció el rapport y se realizó el encuadre terapéutico, donde se mencionaron los objetivos que se seguirían en esta ocasión (véase Tabla 23). En primer lugar, se indagó a mayor detalle el motivo por el cual E.R. decidió acudir a tratamiento. La paciente mencionó que su hermana se lo sugirió, ya que desde hacía tiempo había estado al tanto de diversos problemas ocasionados por su consumo de alcohol. E.R. refirió que estuvo de acuerdo en asistir, porque sentía que había perdido el control al respecto, además de que dichos problemas le han ocasionado inestabilidad emocional y problemas graves con su familia. Lo que le causó preocupación y la motivó a atenderse, y a dar solución a lo que consideró “un problema para ella”. Al respecto se le mencionó que, la decisión que tomó al asistir a tratamiento fue muy importante, y se le reconoció el esfuerzo que implicó haber tomado esta acción, ya que significaba un primer paso para poder realizar un cambio en aquello que la aquejaba.

Posteriormente, se inició con la aplicación de la EDP, señalando que el objetivo de obtener dicha información era tener un conocimiento más amplio de su situación y así poderle brindar la mejor atención. E.R. se mostró de acuerdo y participativa durante la entrevista, en la que se exploraron sus datos sociodemográficos, situación laboral, historia de consumo de sustancias, salud física, antecedentes familiares de consumo de sustancias o

problemas psiquiátricos y problemas asociados al consumo. Cabe mencionar que la paciente se mostró comprometida al proporcionar la información.

Para concluir la sesión, se realizó un resumen de los datos obtenidos en la entrevista, corroborándolos de manera general con la paciente y agradeciendo que los proporcionara. También, se le indicó que para la siguiente sesión se seguiría con el resto de la entrevista, además de que se evaluarían aspectos importantes sobre su consumo de alcohol, como nivel de dependencia, situaciones de riesgo para el consumo, entre otros. E.R. estuvo de acuerdo, y se finalizó agendando la siguiente cita.

3.5.1.2. Sesión 2: Evaluación (continuación)

Tabla 18.
Sesión 2

Objetivos	Estrategias Utilizadas
<p>a) Indagar por medio de la entrevista, el motivo de consulta, las expectativas en el tratamiento, el funcionamiento psicosocial de la paciente, su historia de consumo de sustancias, las consecuencias asociadas al mismo, los antecedentes familiares de consumo de alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos, sus razones para cambiar, y sus fortalezas y debilidades.</p> <p>b) A partir de los instrumentos de evaluación correspondientes: identificar el nivel de dependencia al alcohol, el patrón de consumo, las situaciones de riesgo para el consumo, la disposición al cambio que presentaba, los antecedentes familiares de consumo, el nivel de ansiedad y depresión y la presencia de un posible deterioro cognitivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas abiertas • Escucha reflexiva • Expresar empatía • Reforzamiento positivo • Hacer resúmenes

La paciente llegó puntual a la sesión, misma que dio inicio con el establecimiento del rapport, en ese momento E.R. comentó que había tenido una semana “difícil”, puesto que se habían presentado problemas “fuertes” con su novio (que a partir de ahora nombraremos como F), en un episodio donde los dos consumieron alcohol, por lo que quiso comentar lo ocurrido. En seguida, se destinó una parte de la sesión para abordar el tema, ya que la paciente se mostró angustiada por lo ocurrido.

E.R. comentó que frecuentemente bebe con su pareja, quien consume alcohol en exceso. Y mencionó que, en más de una ocasión, dichos episodios le han traído problemas, ya que cuando ambos se encuentran intoxicados, su pareja es agresivo con ella, lo que la ha puesto en diversas situaciones de riesgo. Durante el episodio referido, E.R. fue agredida verbalmente por su pareja, casi llegando a los golpes, lo cual la obligó a salir de madrugada

para regresar a su casa, y como consecuencia, sufrir un asalto, perdiendo objetos de valor y dinero.

Retomando lo anterior, se le mencionó el papel de su pareja como un disparador para el consumo, lo que podría resultar en un obstáculo durante el desarrollo del tratamiento. De igual forma se identificaron las consecuencias asociadas al consumo y el riesgo que representan en su vida. E.R. reflexionó al respecto, y mencionó que notaba desventajas en su relación de pareja.

Posteriormente, se siguió con lo establecido en la agenda del día, explorando la información restante de la EDP. Después, se inició la aplicación de los instrumentos correspondientes, destacando su importancia para poder brindarle el apoyo más adecuado y que respondiera a sus necesidades de tratamiento. Se exploró el nivel de dependencia, el patrón de consumo, y las situaciones de riesgo asociadas al consumo. Durante la aplicación, E.R. se mostró comprometida en sus respuestas.

Finalmente, se realizó un resumen de lo que se había revisado durante la sesión, y se acordó la siguiente cita, en la que se continuaría con la aplicación de instrumentos para evaluar su etapa de disposición al cambio, sus posibles antecedentes familiares de consumo de sustancias, etcétera.

3.5.1.3. Sesión 3: Evaluación (continuación)

Tabla 19.
Sesión 3

Objetivo	Estrategias Utilizadas
a) A partir de los instrumentos de evaluación correspondientes: la disposición al cambio que presentaba, los antecedentes familiares de consumo, los problemas asociados al consumo y la presencia de un posible deterioro cognitivo.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas abiertas• Escucha reflexiva• Expresar empatía• Reforzamiento positivo• Resúmenes

La paciente llegó demorada algunos minutos a la sesión, misma que dio inicio con el establecimiento del rapport, E.R. comentó que por cuestiones de trabajo no pudo llegar a tiempo, ya que no tiene horarios fijos y cambian constantemente. Se le mencionó la importancia de la puntualidad, y ella expresó su compromiso a cumplir en ese aspecto.

Posteriormente, se le mencionó el objetivo de la sesión, mismo que consistiría en continuar con la evaluación, y en explorar su disposición para realizar un cambio, los posibles antecedentes familiares de consumo, los problemas asociados y la presencia de un posible deterioro cognitivo. En seguida, se inició con la aplicación de los instrumentos y E.R. proporcionó a detalle la información requerida.

Al finalizar, se le agradeció su disposición para proporcionar toda la información requerida durante las sesiones de evaluación, y se señaló la importancia de dichos datos para elaborar un plan de tratamiento de acuerdo a sus necesidades. Se le informó que la siguiente sesión se le daría una retroalimentación personalizada de los resultados obtenidos, E.R. se mostró interesada en conocerlos, mencionado preocupación al respecto. Por último, se agradeció su asistencia y se acordó la siguiente sesión.

3.5.1.4. Sesión 4: Entrevista Motivacional

Tabla 20.
Sesión 4

Objetivos	Estrategias Utilizadas
<p>a) Proporcionar una retroalimentación personalizada sobre los resultados de la evaluación, centrada en sus razones para cambiar su uso de alcohol, los pros y contras para cambiar, su fuerza del compromiso para el cambio, sus fortalezas de enfrentamiento y los disparadores para el uso de alcohol.</p> <p>b) Ayudar a la paciente a alcanzar o tomar una decisión para cambiar su conducta de consumo de alcohol y establecer una meta de tratamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas abiertas • Escucha reflexiva • Expresar empatía • Reforzamiento positivo • Hacer resúmenes • Provocar afirmaciones automotivadoras

La sesión inició puntual, en primer lugar, se realizó el rapport y el encuadre de la sesión, señalando los objetivos (véase tabla 26). Se retomó lo ocurrido durante dos semanas anteriores que E.R. no pudo asistir, debido a su horario de trabajo. La paciente se mostró con mayor cuidado en su arreglo personal, aunque desde el inicio expresó preocupación, ya que en los últimos 15 días tuvo 4 episodios de consumo, en los que su consumo promedio por ocasión fue de 4.6 copas estándar, siendo su principal disparador, en las 4 ocasiones, estar triste por problemas en su relación de pareja, por lo que había decidido beber.

E.R. refirió que, intentó beber menos de lo que acostumbraba, y en esas ocasiones pensó en su decisión de hacer un cambio en su forma de beber, además de llamar a su hermana, en algunas ocasiones para platicar sobre los problemas que tenía. Sin embargo, refiere que terminó bebiendo más de lo que hubiera deseado, lo que la hizo sentir culpable y con malestar hacía ella misma.

Se reforzó que haya identificado las situaciones que la llevaron a consumir, así como el intento que hizo de no beber en exceso, al pensar en su meta y llamarle a su hermana. Por otro lado, se le comentó la importancia de no ponerse a prueba ante situaciones de riesgo y procurar evitarlas, apoyándose en personas de su confianza, como amigos y familia.

Posteriormente, se inició con la retroalimentación de los resultados obtenidos en la evaluación. En primer lugar, se hizo un resumen en relación a su patrón de consumo, señalando que durante el último año había bebido un total de 347 copas en 43 ocasiones, lo que significaba que, en promedio, cada ocasión había bebido 8 copas aproximadamente. Al respecto, E.R. se mostró preocupada y sorprendida por los datos, y mencionó que nunca se había puesto a pensar en la cantidad de copas que había bebido, y señaló que eran “bastantes”.

Además, se comentó una ocasión en donde había tenido un consumo de 29 copas, E.R. lo recordó de inmediato y señaló que bebió principalmente “para olvidar algunos problemas y para no sentirse triste”, y mencionó que las consecuencias que tuvo aquella vez habían puesto en riesgo su integridad, lo que definitivamente no deseaba volver a pasar. En contraste se identificaron 3 ocasiones en las que únicamente había tomado una copa, E.R. recordó aquellas ocasiones y reportó que se había tratado de situaciones en las que había bebido durante la comida, y donde después seguramente habría tenido algo importante que hacer, por ejemplo, regresar al trabajo. Cabe mencionar que E.R. identificó que cuando solía controlar su consumo con mayor facilidad era cuando se sentía “tranquila y de buen ánimo”.

De lo anterior, se reconoció positivamente que E.R. identificara las situaciones que podían disparar su consumo, así como aquellas en las que tenía mayor control, puesto que representaba una fortaleza para poder anticiparse a situaciones de riesgo; aspecto que se trabajaría en sesiones posteriores. También, se destacó en la gráfica de resultados, que presentaba un consumo excesivo frecuente, y que de acuerdo a lo que se había explorado durante la entrevista, la mayoría de las veces le ocasionaba problemas. E.R. estuvo de acuerdo y confirmó los datos mencionados.

A continuación, se le informó sobre el nivel de dependencia, que de acuerdo a la EDA-25, con 22 puntos, correspondía a una dependencia media/sustancial. Es decir, en ocasiones experimentaba síntomas de abstinencia, deterioro en el control de su consumo, persistencia para seguir bebiendo, y cambios fisiológicos de tolerancia al alcohol.

E.R. reportó que el dato anterior le causaba preocupación, puesto que recientemente sí había experimentado los síntomas anteriores. Al respecto se le dijo que estaba a tiempo de llevar a cabo un cambio en su manera de beber, ya que pesar de lo anterior, había ocasiones en las que podía controlar su consumo e incluso había logrado periodos de abstinencia, lo cual era un punto a su favor. Además, se profundizó en lo que era la tolerancia al alcohol, ya que la paciente tuvo dudas al respecto.

Después se comentaron los resultados obtenidos acerca de sus situaciones de consumo, que de acuerdo al ISCD-A-50 fueron las siguientes: probando el control personal

(93.3%); impulsos y tentaciones (83.3%); presión social (60.0%); emociones desagradables (73.3%); conflicto con otros (33.3%); malestar físico (20.0%); emociones agradables (40%); y momentos agradables con otros (46.6%). Se señalaron las principales situaciones de consumo, que fueron las 3 primeras, mismas que se asociaban a situaciones de tentación. Además de las emociones desagradables, que también tenían un puntaje alto. E.R. reconoció que dichas situaciones correspondían a su caso, y señaló a las emociones desagradables como la principal, refiriéndose a ansiedad, frustración y tristeza, principalmente.

En cuanto a los problemas asociados al consumo, se comentaron sobre los resultados obtenidos en el IPAR, donde principalmente se identificó el abandono de sus responsabilidades, problemas con miembros de su familia, faltas en su trabajo, tener un mal rato y necesidad de incrementar su consumo para alcanzar el mismo efecto. E.R. estuvo de acuerdo en dichos resultados y expresó su motivación para realizar un cambio y evitar que las consecuencias se agudizaran. Siendo sus principales motivos para cambiar: continuar al cuidado de sus hijas y mejorar en su desempeño en el trabajo, lo que antes le provocaba mucha satisfacción.

Para finalizar, se hizo un resumen de la sesión, en el que E.R. mostró una actitud reflexiva hacia la retroalimentación que le fue entregada. Reportó que le aclaró aspectos de su forma de beber que no había identificado, como algunas situaciones que frecuentemente disparaban su consumo, y lo relacionado a su patrón de consumo, en cuando a la cantidad de copas y frecuencia de uso. Por otro lado, mencionó que haber comentado las consecuencias de su consumo, reafirmaba su decisión de hacer algo al respecto y evitar problemas mayores en su vida.

Finalmente, se elogió dicha decisión y se le reconoció su motivación para hacer un cambio, así como el compromiso que mostraba para poder lograrlo. La sesión finalizó concretando la siguiente cita.

3.5.1.5. Sesión 5: Entrevista Motivacional (continuación)

Tabla 21.
Sesión 5

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Ayudar a la paciente a alcanzar o tomar una decisión para cambiar su conducta de consumo de alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> • Balance decisional • Preguntas abiertas • Escucha reflexiva • Expresar empatía
b) Establecimiento de la meta de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento positivo • Hacer resúmenes

La paciente llegó puntual a la sesión, desde el inicio se le observó más tranquila que en sesiones anteriores. E.R. mencionó que durante la semana había tenido presión en el trabajo, debido a que hicieron cambios en el personal, y le preocupaba que pudieran moverla de puesto o despedirla. Sin embargo, se acercó a su jefe para aclarar la situación, lo que le fue útil para aclarar sus suposiciones, que era lo que le generaba presión. En relación a lo anterior, la paciente señaló que algunos días de la semana, después del trabajo, pensó en beber para “olvidarse un poco de las presiones”, pero al llegar a su casa decidía no hacerlo, ya que pensaba en “lo que había decidido”, refiriéndose al cambio en su forma de beber.

Sin embargo, después comentó que sí tuvo un episodio de consumo el sábado. Reportó que durante la comida su novio le invitó una cerveza. E.R. reportó que de inmediato pensó en “no beber”, pero su pareja insistió y ella decidió aceptar, aunque le aclaró que solo bebería una cerveza. La paciente menciona que además pensó que podría relajarse un rato y distraerse.

Al respecto se le reconoció que haya permanecido sin beber después del trabajo, así como haber buscado una solución a las situaciones que le incomodaban en la oficina. Aunque se enfatizó la importancia de apoyarse en alguien más, si es que lo consideraba necesario, para poder evitar ponerse en situaciones de riesgo para beber.

Posteriormente, se inició con lo establecido en la agenda del día, y antes de realizar la tarea del Balance Decisional, se le comentó que el objetivo de dicha tarea consistía en fortalecer la decisión para cambiar su consumo, evaluando los pros y contras. Además, de que esto permitiría identificar posibles obstáculos para realizar el cambio, lo cual se trabajaría durante sesiones posteriores, así como identificar las ganancias que podía tener.

A continuación, se muestra la información reportada por la paciente, así como el formato utilizado para llevar a cabo dicha tarea. Se inició con la sección, QUE NO HAY DE BUENO en cambiar mi consumo, y se continuó en el sentido de las manecillas del reloj (véase tabla 22).

Tabla 22.
Balance Decisional

BALANCE DECISIONAL ¿CAMBIAR O NO CAMBIAR?	
<u>CAMBIAR SU INGESTA DE ALCOHOL</u>	
QUE HAY DE BUENO en cambiar mi consumo:	QUE NO HAY DE BUENO en cambiar mi consumo:
<ul style="list-style-type: none">• Mejor desempeño en el trabajo y hogar.• Tranquilidad para mi familia.• Evitar situaciones que me pongan en riesgo.• Poder ahorrar.• Más tiempo para mis hijas.• Mejorar mi salud.• Tranquilidad emocional.	<ul style="list-style-type: none">• Sentirme tensa.• Dificultad para dejar de pensar en mis problemas.
<u>CONTINUAR CON SU INGESTA DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS</u>	
QUE HAY DE BUENO en continuar mi consumo:	QUE NO HAY DE BUENO en continuar mi consumo:
<ul style="list-style-type: none">• Sentir el efecto físico del alcohol.• Relajarme y tener una felicidad pasajera.• Distraerme y olvidar mis problemas.	<ul style="list-style-type: none">• Poner en riesgo mi vida o integridad.• No poder ahorrar.• Problemas con mi familia e hijas.• Perdida de mis hijas.• Perdida de mis amistades.• Problemas con mi salud.• Tener una adicción severa.

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 la realización de la tarea E.R. fue participativa al responder a cada una de las secciones del balance decisional. Al finalizar, reafirmó su decisión de cambiar, y señaló que deseaba dejar de beber por completo en este momento de su vida, aunque después de un tiempo le gustaría moderarse y “poder disfrutar una copa”. Sus principales razones para cambiar fueron: tener más atención hacia sus hijas y seguir al cuidado de ellas, mejorar su desempeño en el trabajo, cuidar su salud, y evitar problemas con su familia.

En seguida, se realizó un breve resumen de lo que se había trabajado. Abordando la importancia que tenía la meta establecida y el compromiso que la paciente había mostrado para llevarla a cabo. Finalmente, se acordó la siguiente cita.

3.5.1.6. Sesión 6: Plan de tratamiento individualizado.

Tabla 23.
Sesión 6

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Orientación al Programa PEREU y firma del contrato del tratamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas abiertas• Escucha reflexiva
b) Determinar las destrezas a incluir en el plan de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Expresar empatía• Reforzamiento positivo
d) Entrega del automonitoreo.	<ul style="list-style-type: none">• Hacer resúmenes
c) Elaboración de un plan para el periodo vacacional.	<ul style="list-style-type: none">• Ensayo conductual• Modelamiento

El comienzo de la sesión tuvo lugar con la llegada puntual de la paciente, y además de mencionar la agenda del día, se revisó si había algo que E.R. deseara comentar, acerca de lo ocurrido en la semana.

La paciente mencionó que la tensión en su trabajo continuó por unos días, por lo que en algunas ocasiones al volver a su casa pensó en que “le gustaría beber una cerveza para relajarse”. Sin embargo, señaló que, al llegar, también empezó a encargarse de diversas actividades con sus hijas, lo cual consideró que le ayudó a olvidarse de la idea de beber y a concentrarse en otras actividades.

Reportó que haber estado en su casa durante el fin de semana (que es cuando generalmente consumía) y estar al cuidado de sus hijas le sirvió para no beber, ya que tenía claro que cuando estuviera con ellas no iba a consumir. Además, señaló que no haber visto a su novio evitó una situación en la que probablemente hubiera bebido.

E.R. se mostró contenta de no haber tomado alcohol, y mencionó que se sintió tranquila de haber cumplido con sus “responsabilidades” en la casa y en el trabajo. Al respecto, se felicitó a la paciente por el esfuerzo que realizó y el compromiso que mostró hacía la realización de un cambio en su forma de beber, planteándose otras actividades y pensando en lo que quería lograr. Además, se analizaron los problemas que pudo evitar al estar en abstinencia, como discusiones con su familia, malestar físico o el descuido de sus actividades. E.R. señaló que efectivamente se sintió más tranquila de haber cumplido con sus actividades y de haber tenido un trato más cordial con su ex-esposo.

Posteriormente, se inició con la agenda del día y se comentó a la paciente que, de acuerdo a sus características, el programa más adecuado para ella sería el PEREU. En seguida, se le explicó brevemente en qué consistía dicho programa (fases del tratamiento, tareas, etcétera), que se enfocaría principalmente en el análisis de la interacción entre su conducta, sus emociones y sus pensamientos que influían en su conducta de consumo. La

paciente no expresó ninguna duda y estuvo de acuerdo con la forma en que se llevaría a cabo el tratamiento, por lo que se le entregó el “contrato de tratamiento individual”, mismo que se revisó y se firmó junto con ella.

A continuación, se le presentó a la paciente la “lista checable de destrezas de enfrentamiento” para determinar en conjunto, aquellas que fueran más adecuadas para su caso, de acuerdo a los resultados obtenidos en las primeras sesiones. Las destrezas que se le propusieron fueron las siguientes: estrategias iniciales de enfrentamiento, enfrentamiento de los deseos intensos, enfrentamiento de la ansiedad, relaciones saludables, relajación, incremento del apoyo social y rechazo del alcohol. E.R. estuvo de acuerdo con el plan de tratamiento. Sin embargo, al preguntarle si consideraba importante agregar alguna destreza más, sugirió incluir solución de problemas e incremento del apoyo social. Por lo que se acordó integrarlas.

Dado que a partir de la siguiente semana las sesiones se interrumpirían por motivo de un periodo vacacional, se destinó una parte de la sesión para elaborar un plan que permitiera a E.R. evitar posibles situaciones de consumo en esos días, ya que la paciente expresó su inquietud al respecto. Para lo cual se utilizó el siguiente formato (véase tabla 24).

Tabla 24.
Plan de acción para periodo vacacional.

<i>Describa los disparadores del uso de alcohol que es probable que surjan durante el periodo vacacional. Indique lo siguiente: ¿dónde estará?, ¿en qué momento del día?, ¿quién estará presente?, ¿qué hará, pensará y sentirá?</i>	<i>Para cada uno de los disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo.</i>
<p>1) Estar con F, en fin de semana, en la tarde, probablemente él me invite a beber. Como ha habido problemas entre él y yo, tal vez yo este molesta o triste por nuestra relación y piense que sí bebo podría relajarme y olvidar el asunto. En ese momento tal vez recuerde lo que me hace sentir una copa y también se me antoje.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Hablar antes con F acerca de mi decisión de dejar de beber, comentarle sobre el tratamiento al que estoy asistiendo y pedirle su apoyo. b) Decirle a F que no me invite y que cuando nos veamos, por favor no este bebiendo. c) Irme del lugar si es que F estuviera bebiendo. d) Pensar en las razones por las cuales quiero dejar de tomar y recordar los problemas que he tenido por eso. e) Pedirle a una de mis hermanas que vaya por mí.
<p>2) Estar en la comida de fin de año del trabajo, no puedo faltar porque soy jefa de departamento, sería en la tarde, estarían mis jefes y compañeros del trabajo. Seguramente todos estarán bebiendo y me inviten, ya que no saben que estoy tratando de dejar de beber. Se me antojaría tomar, porque seguramente la estaría pasando bien, me llevó muy bien con mis compañeros de trabajo y pensaría que me gustaría pasar un buen rato. Yo me sentiría a gusto, y estaría de buen ánimo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Pensar en que soy jefa de departamento y no puedo dejar una mala impresión, además de que ahí estarían mis jefes y no me gustaría hacer el ridículo. b) Beber refresco y distraerme bailando. c) Comentarle a mi amiga J que me apoye, para rechazar las invitaciones, ella sabe que quiero dejar de beber. d) Decirle a los demás que no puedo beber porque estoy tomando medicamento. e) Tener presente mi meta de no beber. f) Salirme a ratos de la fiesta, cuando sienta mucho antojo. g) No asistir. h) Pedirle a mi hermana que vaya por mí.

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente durante la elaboración conjunta del plan para vacaciones. 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.

Como se muestra en la tabla anterior, se elaboró un plan en el cual se incluyeron dos situaciones de riesgo que probablemente se presentarían en las próximas semanas y que E.R. consideró de alto riesgo. Para lo cual, en conjunto, se plantearon estrategias que la paciente considerara útiles y viables de aplicar ante dichas situaciones y que le permitieran evitar los disparadores del consumo. Destacando el apoyo que podía recibir de personas cercanas a ella, en las que tuviera confianza de solicitar ayuda en ese momento, así como procurar no ponerse a prueba ante dichas situaciones. Para concluir con la elaboración del plan, se realizó un ensayo conductual de las estrategias de enfrentamiento que se plantearon, así como un resumen de lo que se había trabajado, verificando si había alguna duda por parte de la paciente.

Para finalizar la sesión se le entregó a la paciente el “formato de automonitoreo diario”, mencionándole la importancia y utilidad que tendría a lo largo del tratamiento para identificar aspectos relevantes asociados a su consumo, como los posibles disparadores y consecuencias, así como también aquellas situaciones en las que no bebiera. Se señaló que dicha tarea se llevaría a cabo durante todo el tratamiento y se le explicó cómo llenarlo, mencionando un ejemplo para aclarar alguna duda que pudiera tener.

La sesión finalizó resumiendo lo que se había trabajado, enfatizando la importancia de llevar a cabo los planes de acción acordados, así como el monitoreo de algún episodio de consumo. La meta acordada fue la abstinencia.

3.5.1.7. Sesión 7: Fase de Iniciación – Identificación de situaciones de uso problemático.

Tabla 25.
Sesión 7

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Explorar los disparadores específicos actuales o recientes para el consumo de alcohol.	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha reflexiva • Expresar empatía
b) Revisar el automonitoreo correspondiente.	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer resúmenes
c) Preparar un plan semanal para evitar las posibles situaciones de riesgo y anticipar las alternativas de enfrentamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntas abiertas • Preguntas evocadoras • Reforzamiento positivo

La paciente llegó puntual a la sesión, misma que inició preguntándole acerca de cómo le había ido durante el periodo vacacional. En seguida E.R. comentó desaminada que la relación con su novio empeoró en las últimas semanas, y que incluso acordaron darse un tiempo para pensar la situación. Mencionó que, debido a eso, se sintió triste, frustrada e irritable, a lo largo de los días, y señaló que bebió en una ocasión por ese motivo. Por lo que, se dio paso a la revisión del automonitoreo diario (véase tabla 25).

Tabla 26.
Automonitoreo Diario: Sesión 7

FECHA	SITUACIÓN Descripción de la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó Indicando ¿dónde estaba?, ¿a qué hora?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	QUE HIZO PARA ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN	ABSTINENCIA O CONSUMO
Viernes	Saliendo del trabajo en la noche me sentía muy mal por la situación con F, sentía ganas de desahogarme y olvidarme de todo, distraerme y relajarme. Era viernes y una amiga del trabajo me propuso ir a tomar una cerveza. Acepté y tomamos en su casa casi toda la noche.	Yo pensé en beber poco y después irme a mi casa.	15 copas (cerveza), aproximadamente en 8 horas.
Jueves	Vi a F, estábamos peleados, estuvimos hablando, yo me sentía muy molesta con él, no pudimos arreglar nada y me fui. Llegué a mi casa triste y pensando en lo problemas de mi relación.	Pensé en mi meta, y en que quería dejar de beber. Al llegar a mi casa me puso a platicar con mi ex-esposo.	Abstinencia
Viernes	Visité a F en su casa, estuvimos hablando sobre nuestra relación. Yo me sentía molesta con él y frustrada por su comportamiento. F ya había comprado alcohol e iba a empezar a tomar.	Hablé con F acerca de mi decisión de dejar de tomar, le pedí que no me invitara y que habíamos quedado en no vernos para beber. Me fui de la situación.	Abstinencia
Miércoles	Estuve con mi familia, algunos estaban tomando. Mi hermana menor estuvo al pendiente (ella la apoya en el tratamiento). Me sentía bien, tranquila. Estaba distraída platicando con los hermanos que casi no veo y con mis hijas.	Platiqué mucho con mi hermana y me sirvió para desahogarme de lo de F. Estuve distraída platicando. Pensé en que ya no quería beber de más y menos con mi familia.”	Abstinencia
Viernes	Fui a la fiesta de la empresa, empezó a las 3 de la tarde, estaba preocupada porque sabía que todos estarían bebiendo y se me iba a antojar. Estaban mis compañeros y gente con la que me llevo muy bien, me sentía tranquila y contenta.	Pensé en el plan y me apoyé en mi amiga J, tenía presente que no quería hacer el ridículo y que mis jefes me vieran en mal estado.	4 copas (wisky) en 5 horas (de 3 a 8 pm.) aprox. Después 12 copas en 6 horas aprox.
Miércoles	Fue en año nuevo, estuve con la mi ex-esposo, su familia y mis hijas. Estaba tranquila y no tenía ganas de tomar, la estaba pasando bien así con ellos. Uno de mis cuñados me invitó un whisky y lo acepté. Pensé que podía disfrutar una copa y pasarla bien.	Pensé que quería pasar un buen rato con mi familia y que me vieran en un buen estado. Hablé con mi ex-esposo para que estuviera al pendiente de que nadie me insistiera a beber más. Pensé en la ocasión que bebí en la fiesta de mi trabajo y lo vergonzoso que me resultó, y ya no quería volver tener esa sensación y menos con mis hijas.	1 copa (wisky), aproximadamente en 2 horas.
Sábado	Sábado, tengo ganas de tomar un poco, me siento mal por lo de F, están mis hijas.	Me fui a casa de mi hermana, estuve hablando con ella, me desahogué mucho.	Abstinencia

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente en el automonitoreo correspondiente. Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trad.) (2003). Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y otras Drogas (PEREU): Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México.

Como se muestra en la tabla 26, se presentaron 7 situaciones de riesgo, de las cuales, en 3 de ellas hubo consumo de alcohol. Se identificaron como principales disparadores para el consumo, las emociones desagradables, los impulsos y tentaciones para beber, y la presión social. Se discutieron los riesgos y las consecuencias resultantes de los episodios de consumo. También, se reforzaron aquellas estrategias que le permitieron mantenerse en abstinencia ante situaciones de riesgo (retirarse de la situación, rechazar el consumo, apoyarse en personas de su confianza, pensar en las consecuencias del consumo, y apoyarse en el plan elaborado). Y se destacaron las consecuencias positivas de haber permanecido abstinentes en 4 ocasiones, y haber recordado las estrategias establecidas en el plan de semanal. IR. reconoció sus disparadores del consumo con facilidad, así como las consecuencias resultantes de los episodios de consumo y de abstinencia.

Para continuar con la agenda del día, se trabajó en la identificación de las 3 principales situaciones que dispararon su consumo, en el último año. Cuyo objetivo fue que la paciente pudiera identificar los disparadores del consumo, así como poder plantearse alternativas de enfrentamiento ante dichas situaciones (véase tabla 27).

Tabla 27.

Identificación de situaciones de uso problemático de sustancias.

PARTE I

Las Situaciones que han disparado mi uso de sustancia durante el último año son:
(Circule tantas como sean aplicables en su caso)

- 1. EMOCIONES DESAGRADABLES** (por ejemplo, cuando estaba enojado(a), frustrado(a), aburrido(a), triste o ansioso(a)).
 2. Malestar Físico (por ejemplo, cuando estaba sintiéndome enfermo(a) o con dolor).
 3. Emociones Agradables (por ejemplo, cuando estaba disfrutando o estaba sintiéndome feliz).
 - 4. PROBANDO CONTROL PERSONAL** (por ejemplo, cuando empecé a creer que podía controlar el alcohol o droga).
 5. IMPULSOS Y TENTACIONES PARA EL USO (por ejemplo, cuando caminé frente a un bar o vi algo que me recordó al alcohol).
 - 6. CONFLICTO CON OTROS** (por ejemplo, cuando estaba discutiendo o no me estaba llevando bien con alguien).
 7. Presión Social para Usar (por ejemplo, cuando alguien me ofreció alcohol).
 - 8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS** (por ejemplo, cuando yo había salido o estaba en una fiesta con mis amigos).
-

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

1. El problema más frecuente: **CONFLICTO CON OTROS, “cuando peleo con mi pareja y me siento triste.”**
 2. La siguiente más frecuente: **EMOCIONES DESAGRADABLES, “cuando me encuentro estresada por trabajo.”**
 3. La siguiente más frecuente: **MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS, convivir con amigos.**
-

PARTE 2

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 la calle*

¿Estaba alguien más presente? *Solo mi pareja y yo*

¿Estaban otros bebiendo? *No*

¿Cómo se estaba sintiendo? *Enojada, frustrada, triste, ansiosa.*

¿Qué estaba pensando? *En olvidar lo que pienso, sentirme más feliz.*

Describe lo que pasó para que su consumo se disparara: *Sentir un profundo dolor, recordar una y otra vez la pelea, lo que yo dije, lo que dijo él, que hicimos antes de que se desencadenará la discusión.*

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir? *Buscar a un amigo (Alfonso o Daniel) para hablar y desahogarme.*

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 la oficina*

¿Estaba alguien más presente? *Sí, todos mis compañeros de trabajo.*

¿Estaban otros bebiendo? *No*

¿Cómo se estaba sintiendo? *Ansiosa, frustrada, desesperada, enojada.*

¿Qué estaba pensando? *En liberar la tensión y sacar mi frustración.*

Describe lo que pasó para que su consumo se disparara: *Una discusión con contabilidad y llamada de atención de mi jefe.*

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir? *Salir a bailar, ver una película con alguien.*

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 algún bar o comiendo donde venden alcohol.*

¿Estaba alguien más presente? *Sí, compañeros de mi trabajo.*

¿Estaban otros bebiendo? *Sí*

¿Cómo se estaba sintiendo? *Contenta, distraída.*

¿Qué estaba pensando? *En seguir la fiesta, tener un rato de esparcimiento.*

Describe lo que pasó para que su consumo se disparara: *Tener problemas en una junta de trabajo y querer olvidarlo.*

¿Cómo piensa que podría manejar este evento sin necesidad de consumir? *Terminar la junta, dejar que todos se retiren y que no me esperen a comer o a salir con ellos.*

Nota. La tabla presenta las situaciones identificadas y jerarquizadas por la paciente, como principales disparadores de su consumo en el último año. Formato tomado de Quiroga, A. H. & Vital, C. M. (Trad.) (2003). Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial o Severa al Alcohol y otras Drogas (PEREU): Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México.

Como se muestra en la tabla anterior, ER. identificó como principales situaciones disparadoras de su consumo, en el último año: conflicto con otros, emociones desagradables y momentos agradables con otros; y las jerarquizó en el orden mencionado. Durante el ejercicio, se le comentó que dichas situaciones serían retomadas a lo largo del tratamiento y se le explicó la importancia de analizar las características principales de esas situaciones para poder anticiparse a ellas.

Posteriormente, se comentó a la paciente que en esta primera fase del tratamiento se prepararían planes semanales para enfrentar las situaciones de riesgo que se pudieran presentar durante la semana, planteando estrategias principalmente basadas en la evitación de escenarios o personas relacionadas con el consumo, así como en la búsqueda de apoyo de personas de su confianza. Además de establecer una meta semanal, y la confianza para lograrla. E.R estuvo de acuerdo, y en seguida se inició con la elaboración del plan semanal que se muestra en la siguiente tabla 28.

Tabla 28.

Plan Semanal Fase de Iniciación: Sesión 7

A continuación se encuentra un espacio para que piense sobre lo que le gustaría lograr en la próxima semana y cómo usted lo hará.

META: Abstinencia

Confianza para lograr esta meta: 0% 20% 50% **65%** 80% 100%

Describe dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿dónde estará?, ¿en qué momento del día?, ¿quién estará presente?, ¿qué hará, pensará y sentirá?

Para cada uno de los dos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo. Puede querer usar algunas estrategias enlistadas anteriormente, o planear otras formas de enfrentamiento que le funcionarán.

1) Pelear con F y sentirme muy triste. Estar sola en mi casa o en la calle, me sentiría triste y pensaría en olvidarme de todos los problemas con él y en la discusión.

- a) Estar en mi casa y ponerme a hacer lo que tenga que hacer, limpieza, cuidar a mis hijas, etc.
- b) Lamar a mi hermana, a mi amiga J, o a mi amigo D.
- c) Procurar no estar sola.
- d) Irme a la casa de mi mamá.
- e) No ver a F.
- f) Pensar en los problemas que ya no quiero tener cuando bebo.
- g) Pensar en las desventajas que tiene mi relación y los problemas que me ha causado.

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente durante la elaboración conjunta del plan semanal. 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.

Se le pidió a la paciente que llevara a cabo el plan, si ocurría dicha situación durante la semana, y que, si se presentaba otra situación de riesgo, siguiera el mismo procedimiento, anotándola en el mismo formato. Durante la elaboración del plan E.R se mostró propositiva al plantear estrategias de enfrentamiento para el plan.

Finalmente, se realizó un resumen, retomando lo que se trabajó durante la sesión y preguntando si había alguna duda. E.R. tuvo todo claro, por lo que se finalizó agradeciendo su asistencia y acordando la siguiente sesión.

3.5.1.8. Sesión 8: Fase de Iniciación – Análisis Funcional

Tabla 29.
Sesión 8

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Preparar un plan semanal para evitar las posibles situaciones de riesgo y anticipar las alternativas de enfrentamiento.	
b) Revisar el automonitoreo correspondiente.	
c) Comentar los fundamentos del Análisis Funcional o el " ABC " del consumo de alcohol y dirigirlo a un episodio reciente de consumo. Identificando los disparadores y consecuencias del consumo.	<ul style="list-style-type: none">• Análisis Funcional• Escucha reflexiva• Expresar empatía• Hacer resúmenes• Preguntas abiertas• Reforzamiento positivo
d) Evaluar el nivel de autoeficacia ante las distintas situaciones de riesgo.	

La sesión inició puntualmente, en primer lugar, se preguntó a la paciente cómo estaba y cómo le había ido en la semana. E.R. mencionó que tuvo un “muy mal fin de semana” debido a una pelea fuerte con su pareja en una situación donde ambos bebieron.

Antes de ahondar en el análisis de dichos episodios, se le mencionó a la paciente que en esta sesión se trabajaría en el análisis funcional de la conducta de consumo, con el objetivo de ayudarla a entender el funcionamiento de su uso de alcohol. Y también se le mencionó que se evaluaría su nivel de autoeficacia para no consumir ante distintas situaciones de riesgo. E.R. estuvo de acuerdo y consideró que el análisis funcional de su forma de beber le sería muy útil.

Posteriormente, para indagar respecto a las situaciones de consumo ocurridas en la semana, se revisó el automonitoreo. Como se muestra en la tabla 36, E.R. reportó 3 situaciones de riesgo, en la primera de ellas señaló que aplicó algunas estrategias que se habían elaborado en el plan semanal anterior, lo cual le permitió permanecer abstinentes en esa ocasión. Sin embargo, en las 2 situaciones siguientes presentó un consumo de 14 copas estándar, siendo los principales disparadores, sentirse triste y estresada, y los conflictos con su novio.

Tabla 30.
Automonitoreo Diario: Sesión 8

FECHA	SITUACIÓN Descripción de la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó Indicando ¿dónde estaba?, ¿a qué hora?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	QUE HIZO PARA ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN	ABSTINENCIA O CONSUMO
Viernes	Estaba saliendo del trabajo, y me sentía triste por no ver a F. Se me antojó tomar, estaba yo sola.”	Decidí irme a mi casa, pensé en que quería llegar bien. También pensé en los problemas que no quería tener. Esperé a mi amiga J y me regresé con ella.	Abstinencia
Domingo	Vi a F, estuvimos discutiendo, solo estábamos él y yo en un cuarto, era en la mañana. Las cosas se calmaron un poco pero él empezó a beber, me invitó y para evitar más problemas acepté. Me sentía triste, ya no quería seguir peleando, quería olvidar los reclamos y las cosas que nos decimos.	Intenté retirarme de la situación.	Bebimos juntos la mayor parte del día, yo bebí aproximadamente 14 copas (cerveza).
Lunes	Para la madrugada, F empezó a ponerse agresivo y a empezar a discutir otra vez, yo le contesté y hubo golpes. Salí en la noche como pude y llegué a la casa de un amigo, bebí con él. Me sentía muy mal, estaba asustada, triste, quería olvidarme de todo y tenía ganas de seguir bebiendo durante ese día.		14 copas (cerveza)

Durante la revisión del formato anterior, se destacaron los riesgos y consecuencias asociadas a los episodios de consumo, en todas las áreas de su vida. E.R. estuvo de acuerdo al respecto, y señaló que, posterior a dichas ocasiones de consumo, notó la importancia de los riesgos que corría, además de lo perjudicial que había llegado a ser su relación de pareja en ese momento de su vida para ella, para su familia y para la decisión que había tomado de dejar de beber.

Posteriormente, se trabajó en el análisis funcional de la conducta de consumo de alcohol, señalando a E.R. que el objetivo era ayudarlo a identificar la presencia de los disparadores y consecuencias de su consumo, viéndolo como un hábito o patrón que podía cambiar. Para realizar dicho análisis, se le explicó a la paciente el fundamento del análisis funcional, y se retomaron los episodios de consumo reportados en el automonitoreo de la semana (véase tabla 37).

Tabla 31.
Análisis Funcional (ABC).

A ANTECEDENTES	B CONDUCTA	C CONSECUENCIAS
Ejemplo: <i>Tuve un problema con mi pareja, me sentí enojado.</i>	<i>Tome 8-12 cervezas</i>	<i>Olvidé un rato el problema, mi pareja no me habla, al día siguiente llegué tarde al trabajo, me sentí mal conmigo mismo.</i>
Estaba con mi novio, el me invitó y empezamos a beber, discutimos, me sentía muy triste enojada y quería olvidarme de los problemas con él.	Tomé 14 cervezas	Me pude olvidar por un rato de los problemas, me distraje, me relajé un poco. Discutí con mi novio otra vez, llegamos a golpes y empujones, salí ya muy noche a la calle, sola. Los problemas con él no se solucionaron y después me sentí culpable, mal conmigo misma, con cruda moral y física.
Había discutido con mi pareja, estaba muy triste y asustada por la discusión. Quería olvidarme todo, cambiar mi realidad y relajarme un poco.	Tomé 14 cervezas	Me olvidé un poco de lo que había pasado, pero no llegué a mi casa, tuve problemas con mi familia, mi ex casi me corre de la casa, falté al trabajo, rompí mi decisión (meta) de no beber. Y me sentí muy mal y culpable conmigo misma.

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente en la realización del análisis funcional. 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 la realización del ejercicio, la paciente expresó interés y se mostró comprometida al proporcionar la información. Posteriormente, una vez planteadas las situaciones, se identificaron los antecedentes (disparadores), la conducta (consumo de alcohol), y las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo del consumo, así como los riesgos asociados. Se enfatizó la importancia de anticiparse a la conducta, identificando los disparadores y cambiando su respuesta ante ellos, lo cual a su vez evitaría las consecuencias negativas ocasionadas, además de generar otras alternativas para enfrentar los conflictos (problemas de pareja, en este caso) y las emociones o pensamientos relacionados. Para concluir con el análisis funcional, se pidió a la paciente que completara el ejercicio en casa, con otras situaciones, E.R. estuvo de acuerdo.

Con la finalidad de que no le quedará alguna duda, se preguntó a la paciente como le había parecido el ejercicio y si consideraba que le había sido de utilidad. E.R. comentó que sí, sobre todo porque las situaciones que se revisaron, se habían vuelto frecuentes, y en pocas ocasiones se detenía a pensar en la gravedad de las consecuencias, que implicaban pérdidas importantes para ella (el cuidado de sus hijas, un pobre desempeño en su trabajo, riesgo en su integridad). E.R. también reportó que notar las funciones que tenía el consumo

en esas situaciones, era importante para pensar en otras alternativas que pudieran apoyarla para lograr “eso” que pretendía lograr bebiendo.

Se felicitó a la paciente por notar los puntos importantes del análisis funcional, así como la utilidad que tendría durante el tratamiento para apoyarla a lograr su meta. Por otro lado, se le reconoció su capacidad de análisis y reflexión de las situaciones, y que aplicará el análisis funcional a otro tipo de situaciones.

Después, se elaboró el plan semanal que se muestra en la tabla 38.

Tabla 32.
Plan Semanal Fase de Iniciación: Sesión 8

A continuación se encuentra un espacio para que piense sobre lo que le gustaría lograr en la próxima semana y cómo usted lo hará.

META: **Abstinencia**

Confianza para lograr esta meta: 0% 20% 40% **60%** 80% 100%

Describe dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿dónde estará?, ¿en qué momento del día?, ¿quién estará presente?, ¿qué hará, pensará y sentirá?

Para cada uno de los dos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo. Puede querer usar algunas estrategias enlistadas anteriormente, o planear otras formas de enfrentamiento que le funcionarán.

1) Estar en mi casa el fin de semana, estar triste por haber terminado mi relación, pensar que no quiero estar en mi casa, que quiero salirme, o seguramente me darían ganas de beber, se me antojaría. En ese momento quisiera relajarme un poco y dejar de pensar un rato o distraerme.

- a) Platicar con mi ex, salir a hacer compras con él.
- b) Poner orden y limpiar mi casa, es algo que desde hace tiempo quiero hacer, me llevaría ocuparme todo el día. Decirle a mi ex que me ayude y a la vez distraerme platicando con él.
- c) Pintar el cuarto de mis hijas.
- d) Que vaya mi familia a visitarme.
- e) Ir a casa de mi hermana o llamarle por teléfono y platicar.
- f) Tomar refresco con hielo.

Antes de concluir, se aplicó el cuestionario de confianza situacional y se agradeció a la paciente su colaboración durante la sesión, y se finalizó recordándole llevar a cabo el formato de automonitoreo y el plan semanal.

3.5.1.9. Sesión 9: Fase de Iniciación – Estrategias iniciales de enfrentamiento e incremento del apoyo social.

Tabla 33.
Sesión 9

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Preparar un plan semanal para evitar las posibles situaciones de riesgo y anticipar las alternativas de enfrentamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Análisis Funcional• Escucha reflexiva• Expresar empatía• Hacer resúmenes• Preguntas abiertas• Preguntas evocadoras• Reforzamiento positivo• Ensayo conductual
b) Revisar el automonitoreo correspondiente.	
c) Proporcionar retroalimentación respecto al nivel de autoeficacia de la paciente.	
d) Comentar las estrategias iniciales de enfrentamiento y como puede ponerlas en práctica para iniciar el cambio en su conducta.	
e) Comentar la destreza de incremento del apoyo social, para fortalecer la red de apoyo de la paciente.	

La paciente se presentó de manera habitual a la sesión. Desde el inicio, se le observó más tranquila que en las últimas ocasiones. Al preguntarle cómo le había ido durante la semana, señaló que había estado “mejor” y que, a pesar de no haber cumplido su meta al cien por ciento, consideró que había hecho un esfuerzo importante para no beber.

Antes de iniciar con la revisión del automonitoreo y ahondar más al respecto, se le comentaron los objetivos de la sesión, donde además de preparar el plan semanal correspondiente, se trabajaría en dos destrezas de enfrentamiento “estrategias iniciales” e “incremento del apoyo social”. Y se le daría la retroalimentación respecto a su nivel de autoeficacia ante situaciones de riesgo, el cual se había evaluado la sesión anterior.

La paciente estuvo de acuerdo, y en seguida se revisó el automonitoreo, donde E.R. reportó lo siguiente:

Tabla 34.
Automonitoreo Diario: Sesión 9

FECHA	SITUACIÓN Descripción de la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó Indicando ¿dónde estaba?, ¿a qué hora?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	QUE HIZO PARA ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN	ABSTINENCIA O CONSUMO
Miércoles	Saliendo del trabajo, en la tarde vi a F, me sentía muy enojada con él, pensaba en lo que le tenía que decir para mantener nuestra distancia. Después de hablar con él me sentí triste pero a la vez consiente de que es un peligro para mí y que seguir con esa relación puede ocasionar que pierda a mis hijas. Durante el camino de regreso tuve ganas de tomar y distraerme.	Llegué a mi casa, mi ex estuvo platicando conmigo de cosas de la casa y eso me sirvió para distraerme. También hablamos de lo que había pasado el fin de semana, él me ofrece siempre su apoyo y me dice que quiere verme bien para que este con mis hijas, eso me ayudó y me hizo sentir bien.	Abstinencia
Viernes	Estaba en mi casa, se me antojaba mucho una cerveza, pensaba en sentir el efecto y saborear la cerveza, estaba con mi hermano y mis hijas, salimos a comprar de cenar y el compro dos cervezas.	Le dije a mi hermano que estaba dejando de beber, él me dijo que si quería que no me la tomara. Como me sentía bien (tranquila), pensé que podría tomármela. Creo que quedarme platicando con mi hermano me ayudo a pararme ahí.	1 copa (cerveza)
Sábado	Estaba en mi casa, me sentía rara, extrañaba a F, me sentí algo triste, no quería pensar en eso, también pensaba que otros fines de semana ya hubiera estado bebiendo, y eso hacía que se me antojara.	Me puse a limpiar la casa con mi ex, estuve casi todo el día haciendo eso, salimos a comprar de comer. Mi ex me hizo sentir apoyo para no tomar.	Abstinencia

Como se muestra en la tabla 34, la paciente reportó tres situaciones de riesgo, una de ellas con un episodio de consumo, donde los disparadores fueron el deseo de beber y la disponibilidad de la sustancia. Sin embargo, E.R. se detuvo después de la primera copa, ya que estuvo acompañada de su hermano y pudo distraerse platicando con él.

Por otro lado, en las situaciones en las que se mantuvo abstinentes, se le reconoció que haya puesto en práctica estrategias que la apoyaran para evitar el consumo de alcohol. E.R. comentó que se sintió tranquila de no haber tenido “problemas” relacionados con el alcohol en esa semana, lo que la motivaba para esforzarse en lograr su meta. Y señaló que las consecuencias que tuvo en los últimos episodios de consumo (reportados la sesión anterior), definitivamente reforzaron su decisión de dejar de beber.

Después, se destacó su esfuerzo, y se realizó brevemente un análisis de los episodios que había reportado, para identificar las consecuencias obtenidas, y aquellas estrategias que fueron de utilidad ante esos disparadores.

Posteriormente, se proporcionó la retroalimentación del nivel de autoeficacia, en el que la paciente reportó menor confianza para no beber ante las siguientes situaciones: impulsos y tentaciones (16%), probando el control personal (20%), presión social (24%) y emociones desagradables (24%). E.R. estuvo de acuerdo en dichos resultados, y señaló que coincidían con lo que ella había observado cuando bebía.

Después se revisaron las estrategias iniciales de enfrentamiento, con la finalidad de que la paciente identificara personas, lugares o situaciones que sería conveniente evitar en este momento. Así como brindarle opciones que podía llevar a cabo para evitar ponerse en situaciones de riesgo. Para revisar dichas estrategias se utilizó el siguiente formato:

Tabla 35.
Estrategias iniciales de enfrentamiento

<p><i>Se requieren cambios importantes en la recuperación. Las personas que están aprendiendo a ser abstinentes de las sustancias pueden tomar o realizar ciertas acciones para ayudarse a permanecer limpios y sobrios.</i></p> <p>Las siguientes son acciones que pueden ayudar a evitar la recaída en el inicio de la recuperación:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tirar el alcohol, drogas y otra parafernalia. Si esto es difícil para usted, pida el apoyo de un amigo que no use drogas para que lo ayude con la tarea. Romper todo contacto con los bebedores fuertes, usuarios y distribuidores. Esto puede hacerse diciéndoles claramente que no quiere ningún contacto con ellas. Cambie a una casa que se ubique en un área libre de sustancias y no diga a sus amigos usuarios o distribuidores a donde se cambió. Cambie su número de teléfono y tire los números de teléfonos de los distribuidores. Deposite sus cheques automáticamente en su cuenta de banco. No traiga consigo las tarjetas de débito o crédito por un periodo de 24 horas. Haga que alguien maneje su dinero en su lugar. Pruebe una nueva actividad que no se relacione con el alcohol u otra droga. Pruebe ingresar a grupos de autoayuda. Esto significa que pruebe un número de tipos diferentes y situaciones de reuniones para que usted pueda tomar una decisión informada sobre si los grupos de autoayuda pueden ayudarlo. Hable con amigo que lo apoye, familia o profesionales de la salud acerca de las situaciones que son difíciles para usted. Diga a los amigos que lo apoyan (aquellos quienes no lo motivan a usar alcohol u otra droga) que usted ya no está usando sustancias. 	<p><i>Ejercicio práctico</i></p> <p>Ahora nos gustaría que usted propusiera su propio plan para ayudarlo a enfrentar la recuperación inicial.</p> <ol style="list-style-type: none"> Lista de las personas de alto riesgo que necesito evitar en este momento. <u>F (novio), mi amigo A, mis supervisores que se van de fiesta los viernes.</u> Lista de los lugares de alto riesgo que necesito evitar en este momento. <u>Casa de F, bares.</u> Lista las cosas de alto riesgo (por ejemplo, parafernalia de la droga, botellas) que necesito evitar en este momento. <u>Tener alcohol en mi casa, comer en lugares donde vendan alcohol.</u> ¿Cuáles son algunas actividades seguras en que las que yo puedo involucrarme ahora? <u>Empezar a hacer dieta, estar con mis hijas, acercarme a mi familia.</u> ¿Dónde puedo buscar apoyo o quién me puede apoyar? <u>Mi ex, mi amiga J, mi hermana, no faltar a la terapia.</u>
---	--

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente en la destreza de “estrategias iniciales de enfrentamiento”. 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.

E.R. fue participativa durante la revisión de las estrategias iniciales, y consideró que las opciones (f), (h), y (k), eran las alternativas que le serían más útiles. Y señaló que ver a F (su novio) o estar en contacto con él, era uno de los principales disparadores de su consumo, y consideró que la distancia que mantenía con él le sería favorable para evitarlo (véase tabla 35).

En seguida, se revisó la destreza de incremento del apoyo social, con el objetivo de identificar el apoyo de otras personas con las que contaba E.R., así como aquellas acciones que podía llevar a cabo para fortalecer su red de apoyo.

A pesar de que la paciente contaba con una red de apoyo a quienes podía recurrir si era necesario, se identificó que algunas necesidades no eran satisfechas, por lo que se elaboró un plan en el que E.R., fortaleciera su red, tomando en cuenta a otras personas en quienes pudiera apoyarse en situaciones específicas, y se llevó a cabo un ensayo conductual al respecto (véase tabla 36).

Tabla 36.
Incremento del apoyo social

<p><i>Es importante que usted construya una red de apoyo. Aun cuando usted puede ya contar con una o dos personas con las que pueda hablar o pasar el tiempo, el desarrollar una red de personas le permiten dar y recibir apoyo para satisfacer una variedad de necesidades.</i></p> <p>Los tipos de apoyo incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Emocional - alguien con quien usted puede platicar sobre sus sentimientos. b) Moral - alguien que puede proporcionarle ánimos. c) Instrumental - alguien que puede ayudarlo con las tareas prácticas como el cuidado de los niños, el transporte, etc. d) Un mentor - alguien que puede proporcionarle la guía e instrucción. e) Recreacional - alguien con quien le gustaría compartir su tiempo libre. 	<p><i>Ejercicio práctico</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Quién es mi apoyo actualmente? <u>Mi hermana, mi ex.</u> 2. ¿Qué necesidades son satisfechas en las relaciones con estos individuos? <u>Moral, instrumental y recreacional.</u> 3. ¿Qué necesidades no han sido satisfechas? <u>Tal vez no puedan guiarme, no puedo expresar con ellos mis sentimientos abiertamente y como me siento con los problemas que he tenido con F.</u> 4. ¿Cómo puedo incrementar mi red de apoyo? <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué problemas tengo que necesitan apoyo? <u>A veces necesito desahogarme sobre los problemas con mi pareja y no me resulta fácil hacerlo, eso muchas veces me frustra y me dan ganas de tomar.</u> • ¿A quién me le puedo acercar para ayuda? <u>A mi amigo D.</u> • ¿Cómo haría o llevaría a cabo el plan? <u>Primero, tendría que decirle sobre mi relación, él no está de acuerdo con F, desde hace tiempo, pero sé que me entendería. Me he alejado un poco de él pero si lo busco sé que me apoyaría.</u> <u>Él tuvo problemas de alcohol y hace mucho que pudo recuperarse y lleva como 10 años sin tomar, en una ocasión me ofreció su apoyo.</u> <p><u>Plan: Hablarle, decirle que si nos podemos ver, vernos para platicar y aceptar esa ayuda que él un día me ofreció, para poder acudir a él cuando lo necesite.</u></p>
---	---

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente en la destreza de “incremento del apoyo social”. 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.

Antes de finalizar la sesión, se preparó el plan semanal correspondiente, en el que se describió una situación de riesgo que podía presentarse en la semana. E.R. estableció un 70% de confianza para lograr la meta de “cero copas”. Al respecto, se enfatizó que llevara a cabo dicho plan, si la situación descrita se presentaba. Y se le indicó que podía describir y plantear otras estrategias de enfrentamiento, para evitar posibles disparadores de alguna otra situación de riesgo que pudiera presentarse en la semana (véase tabla 37).

Tabla 37.
Plan Semanal Fase de Iniciación: Sesión 9

A continuación se encuentra un espacio para que piense sobre lo que le gustaría lograr en la próxima semana y cómo usted lo hará.

META: Cero copas

Confianza para lograr esta meta: 0% 20% 40% **70%** 80% 100%

<i>Describe dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿dónde estará?, ¿en qué momento del día?, ¿quién estará presente?, ¿qué hará, pensará y sentirá?</i>	<i>Para cada uno de los dos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo. Puede querer usar algunas estrategias enlistadas anteriormente, o planear otras formas de enfrentamiento que le funcionarán.</i>
--	---

- | | |
|---|--|
| 1) Tener el sábado libre, desde la mañana, estar sola, estaré pensando en que me quiero distraer, que no quiero pasar todo el día en mi casa sola. Tal vez se me antoje tomar un rato y oír música, aparte voy a estar sola en mi casa. | <ul style="list-style-type: none"> a) Llamar a D desde temprano y ponerme de acuerdo con él para vernos y platicar. b) Si no puedo ver a D, hablar con mi ex para que las niñas se queden conmigo y yo estar a cargo de ellas ese fin de semana. c) Terminar de pintar el cuarto de mis hijas. d) Recordar lo que sentí la semana que no bebí y mi meta. |
|---|--|

3.5.1.10. Sesión 10: Fase de Iniciación – Manejo de los deseos intensos.

Tabla 38.

Sesión 10

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Preparar un plan semanal para evitar las posibles situaciones de riesgo y anticipar las alternativas de enfrentamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Análisis Funcional• Escucha reflexiva• Expresar empatía
b) Revisar el automonitoreo correspondiente.	<ul style="list-style-type: none">• Hacer resúmenes
c) Trabajar en la destreza de enfrentamiento de deseos intensos para que la paciente aprenda a manejar los impulsos y las tentaciones y pueda prevenir una recaída.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas abiertas• Preguntas evocadoras• Reforzamiento positivo• Ensayo conductual

La paciente llegó tarde algunos minutos a la sesión, la cual inició preguntándole sobre lo ocurrido durante la última semana. En primer lugar, E.R. refirió con entusiasmo, que había logrado cumplir la meta que estableció en el plan semanal anterior. Y mencionó que dicha situación la había hecho sentir “muy bien”, ya que a pesar de haber tenido una semana “pesada”, con dificultades en el trabajo, lo había logrado.

Se dio reconocimiento a la paciente por haber logrado su meta, y se procedió a revisar el automonitoreo, para indagar sobre cómo había evitado aquellas posibles situaciones de riesgo. Como se muestra en la tabla 45, E.R. tuvo dos situaciones de riesgo, mismas en las que se mantuvo abstinentes.

La paciente identificó los disparadores de ambos episodios, destacando que el antojo (deseo de beber) había sido de lo más difícil de manejar para ella, por la sensación que le provocaba pensar en el consumo (efecto, sabor).

Al revisar su descripción de dichos episodios en el automonitoreo, se destacó lo que hizo para evitar ambas situaciones. En el primer caso, se reforzó el que haya interrumpido la interacción para evitar que le insistieran en el consumo, así como pensar en su meta semanal y en las razones por las cuales no deseaba beber. Y en el segundo caso, se le reconoció que haya aplicado el plan semanal, y que haya establecido contacto con D, quien resultó un apoyo importante para ella, lo que además fortalecería su red de apoyo.

Cabe mencionar que se enfatizaron las consecuencias positivas de haber estado en abstinencia, para ambos casos. Al respecto E.R. mencionó que se sintió bien con ella misma, su ex no le hizo reclamos al respecto, y pudo estar con mayor atención al cuidado de sus hijas.

Tabla 39.
Automonitoreo Diario: Sesión 10

FECHA	SITUACIÓN Descripción de la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó Indicando ¿dónde estaba?, ¿a qué hora?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	QUE HIZO PARA ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN	ABSTINENCIA O CONSUMO
Viernes	Una amiga del trabajo me invitó a tomar con otros compañeros, por mensaje de celular. Se me antojó cuando me invitó, pensé en el sabor y sentir un poco el efecto, además de que podría relajarme de todo el trabajo de la semana, porque en ese momento me sentía cansada y fastidiada.	Apague mis datos de celular, no le conteste y me salí de la oficina con mi amiga J. Pensé en que quería lograr mi meta y llegar bien (sin oler a alcohol) a mi casa.	Abstinencia
Sábado	Estuve el sábado sola en mi casa, si pensé en que podría tomarme al menos una.	Apliqué lo del plan, llamé a D y me salí a comer con él.	Abstinencia

Posteriormente, se mencionó a la paciente que se trabajaría en la destreza de manejo de los deseos intensos, que tenía como objetivo apoyarla para que aprendiera a manejar los impulsos y tentaciones para beber, lo cual era parte fundamental para prevenir una recaída. Además, como se había mencionado en sesiones anteriores, e incluso en ésta, las situaciones que involucraban dichos disparadores, representaban frecuentemente un riesgo para ella.

Se inició comentando que cuando se deja de beber alcohol es probable que se generen deseos intensos de consumirlo, especialmente en las situaciones de alto riesgo, de ahí la importancia de revisar esta destreza.

E.R. estuvo de acuerdo y consideró que esto le sería útil, ya que efectivamente, en varias ocasiones ese había sido uno de los principales disparadores de su consumo. Además, de que a partir de ahora esta destreza le permitiría manejar el deseo de beber que se pudiera presentar en ocasiones posteriores.

En seguida, se trabajó acerca de la intensidad de los deseos de consumo, y el papel que tiene la conducta, los pensamientos, y el tiempo, al momento de querer manejarlos. Y se dieron algunas sugerencias a la paciente, acerca de cómo enfrentar el deseo de beber. Dichas sugerencias, estuvieron enfocadas a la conducta y a los pensamientos que la paciente podía tomar en cuenta si experimentaba deseos de beber (véase tabla 46).

Tabla 40.

Enfrentamiento de los deseos intensos PARTE 1

Conducta (Qué hago)	Cognición (Qué pienso)
a) Auto monitoreo- escriba sus pensamientos/ sentimientos.	h) Normalice los deseos intensos: Yo estoy experimentado un impulso para beber / usar drogas. Está bien que sienta ganas.
b) Busque apoyo- hable con alguien de lo que está experimentando.	i) Use la imaginación: (por ejemplo, visualice los deseos intensos como una ola que sube y baja y usted la está librando.
c) Distráigase haga algo que no esté relacionado con el abuso de sustancias.	j) Use auto declaraciones positivas tales como: Yo puedo enfrentar esto. Yo no he consumido por dos semanas y no quiero estropearlo ahora.
d) Sustituya con otra conducta (por ejemplo, comer alguna cosa o tomar una bebida alterna).	k) Emplee la detención del pensamiento (por ejemplo, imagine una señal de alto).
e) Abandone o cambie la situación.	l) Piense en las consecuencias negativas del uso de alcohol u otra droga.
f) Realice una respiración profunda (tome aire por su nariz y sáquelo por su boca) para relajarse.	m) Piense en los beneficios de no usar el alcohol u otras drogas.
g) Demore la respuesta- posponer la decisión de beber / consumirla dentro de 15 minutos.	

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.

E.R. estuvo atenta durante la revisión de cada aspecto del formato anterior, y en cuanto a la conducta, considero que todas las opciones podían resultarle útiles, y podría ponerlas en práctica fácilmente si lo requiriera (especialmente, consideró el inciso (g) como una alternativa útil y novedosa).

Por otro lado, respecto a los pensamientos, el inciso (h) atrajo su atención y señaló que no había pensado en esa opción y que siempre veía el deseo como algo anormal y que inminentemente la llevaría a beber. Y consideró que las opciones más viables de aplicar, en su caso, eran los incisos (h), (l), y (m). Sin embargo, se recomendó poner en práctica el resto, con la finalidad de ampliar sus opciones y apoyarse en ellas, si fuera necesario.

Para concluir esta parte de la sesión, se destacó la importancia de poner en práctica la destreza y se realizó un ensayo conductual al respecto (para el manejo de pensamientos disparadores). Y se dejó de tarea el ejercicio práctico correspondiente.

Después se elaboró el plan semanal, en el que se preguntó a la paciente si había alguna situación de riesgo que fuera probable que se presentara durante la semana. E.R. de inmediato señaló una, y se inició con su descripción para posteriormente, plantear las estrategias de enfrentamiento para evitar los disparadores (véase tabla 41).

Tabla 41.

Plan Semanal Fase de Iniciación: Sesión 10

A continuación se encuentra un espacio para que piense sobre lo que le gustaría lograr en la próxima semana y cómo usted lo hará.

META: Cero copas

Confianza para lograr esta meta: 0% 20% 40% 60% 85% 100%

Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿dónde estará?, ¿en qué momento del día?, ¿quién estará presente?, ¿qué hará, pensará y sentirá?

Para cada uno de los dos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo. Puede querer usar algunas estrategias enlistadas anteriormente, o planear otras formas de enfrentamiento que le funcionarán.

Va a ser la fiesta de cumpleaños de mi ex, me invitó y ya quedé en ir. Seguramente va a estar toda su familia y algunos estarán tomando, y si me van a invitar, especialmente mi cuñado X que se lleva bien conmigo. Si pongo atención a las bebidas de los demás, es muy probable que se me antoje y piense en el sabor y un poco en el efecto. En ese momento yo creo que me voy a sentir a gusto, van a estar también mis hijas.

- a) Hablar con mi ex antes de la fiesta para que este pendiente de que su familia no me insista a beber y me apoye con eso, en especial con mi cuñado.
- b) Salirme un rato de la fiesta si es que se me llegara a antojar mucho.
- c) Pensar en que me estoy sintiendo bien, y que estoy pasando con mis hijas un bien rato.
- d) Platicar
- e) Negarme si me llegaran a invitar y tomar refresco.
- f) No ir a la fiesta.

A pesar de sugerirle a la paciente no asistir a la fiesta, para evitar exponerse a una situación de riesgo en este momento del tratamiento. E.R. mencionó que era un compromiso al que no podía faltar, principalmente por sus hijas, y en agradecimiento al apoyo que le brindaba su ex-esposo. Por lo tanto, se preparó el plan, planteando las estrategias para evitar los disparadores presentes en dicha situación. E.R. se mostró participativa y reportó un 85% de confianza para lograr su meta de abstinencia.

Finalmente, se dio cierre a la sesión con un resumen de lo que se había trabajado, retomando el manejo de los deseos intensos, y se verificó que la paciente no tuviera alguna duda de cómo realizar el ejercicio práctico.

3.5.1.11. Sesión 11: Fase de Iniciación – Manejo de los deseos intensos (continuación).

Tabla 42.

Sesión 11

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Preparar un plan semanal para evitar las posibles situaciones de riesgo y anticipar las alternativas de enfrentamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Análisis Funcional• Escucha reflexiva
b) Revisar el automonitoreo correspondiente.	<ul style="list-style-type: none">• Expresar empatía
c) Trabajar en el ejercicio práctico de la destreza de enfrentamiento de deseos intensos, para que la paciente aprenda a manejar los impulsos y tentaciones y pueda anticiparse a un episodio de consumo.	<ul style="list-style-type: none">• Hacer resúmenes• Preguntas abiertas• Preguntas evocadoras• Reforzamiento positivo• Ensayo conductual

El inicio de la sesión tuvo lugar, preguntándole a la paciente acerca de lo ocurrido durante la semana. En seguida, E.R. mencionó que logró cumplir su meta, lo cual, la hizo sentir bien con ella misma y con mayor confianza para no beber. Antes de iniciar con la revisión del automonitoreo e indagar más al respecto, se mencionaron los puntos a trabajar en la sesión (véase tabla 42).

Después, se revisaron las posibles situaciones de riesgo que pudieron presentarse en la semana. E.R. reportó dos situaciones, mismas en las que logró evitar los disparadores del consumo y permanecer en abstinencia, lo cual se le reconoció, destacando lo que hizo para enfrentar dichas situaciones. Así como las consecuencias positivas de no haber bebido, entre las que mencionó: recuperar poco a poco la confianza de su ex-marido para estar al cuidado de sus hijas, estar más atenta a lo que necesitan ellas, no gastar en alcohol, estar tranquila evitando los problemas que le ocasionaba beber, y estar más pendiente de sus actividades diarias (véase tabla 43).

E.R. también mencionó que experimentó un “antojo más leve” que, en ocasiones anteriores, y que le fue útil, monitorear sus pensamientos y emociones que tuvo en ese momento, para poder manejar el deseo de beber.

Tabla 43.
Automonitoreo Diario: Sesión 11

FECHA	SITUACIÓN Descripción de la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó Indicando ¿dónde estaba?, ¿a qué hora?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	QUE HIZO PARA ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN	ABSTINENCIA O CONSUMO
Sábado	Estaba en la fiesta de cumpleaños de mi ex, había algunas personas tomando, cuando las vi, sí se me antojo un poco, después en dos ocasiones me invitaron. En ese momento me sentía bien, y estaba pasando un buen rato sobre todo con mis hijas y pensé en lo bueno de no estar bebiendo.	Hablé antes con mi ex para que su familia no me insistiera a beber, él estuvo pendiente de cómo me sentía y me apoyó. Yo me negué cuando me invitaron y me sentí segura. Cuando se me antojó, pensé que era normal que pasara por ver a otros beber, pero también pensé en el buen momento que estaba pasando y en lo que podría arruinar si empezaba a tomar como en otras veces. También me distraje platicando.	Abstinencia
Miércoles	Salí del trabajo, muy presionada, hubo mucho trabajo y algunos problemas con la gente de mi área. Se me antojó una cerveza cuando salí, como para distraerme y olvidarme un rato de eso.	Esperé a mi amiga J y me salí con ella, pensé en los días que llevaba sin tomar y en que no quería arruinar lo que ya había logrado. También pensé en la confianza que estaba volviendo a tener mi ex en mí y en el apoyo que me ha dado y quise llegar bien a la casa.	Abstinencia.

En seguida, se revisó el ejercicio práctico correspondiente a la destreza de enfrentamiento de manejo de los deseos intensos. Para complementar lo trabajado en la sesión anterior, así como para aclarar alguna duda que le hubiera surgido a la paciente al momento de responderlo (véase tabla 44).

Para iniciar la revisión del ejercicio, se retomó parte de lo que se había discutido la sesión anterior, en relación al manejo de los deseos de beber. Y se destacó la importancia de anticiparse a los disparadores del consumo, poniendo en práctica esta destreza de enfrentamiento.

Tabla 44.

Manejo de los deseos intensos EJERCICIO PRÁCTICO.

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

“Estar sola en mi casa, aburrida o triste, con ganas de distraerme.”

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

¿En quién va a buscar apoyo?

“En mi amigo D o mi amiga J, en mi hermana, o en mi ex.”

¿Qué hará para distraerse?

“Buscar a esas personas para salir un rato a comer, al cine o solo a platicar; visitar a mi familia; arreglar mi casa, pedirle a mi ex que se quede con mis hijas en la casa; adelantar pendientes del trabajo, ahorita tengo muchos.”

¿Qué mensajes (autodeclaraciones positivas) se proporcionará?

Ya llevas un tiempo sin tomar, no lo arruines; evita problemas en la casa que afecten a tus hijas; otras veces he logrado no beber; es normal que se me antoje y va a pasar; el alcohol tiene muchas calorías.

¿Qué más puede hacer en esta situación?

Simplemente salirme de mi casa, mi familia visita a mi mamá los fines de semana, puedo hacer eso o salir a distraerme a alguna plaza.

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente, en el ejercicio práctico de la destreza de manejo de los deseos intensos. 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.

E.R. fue participativa al comentar el ejercicio, y expresó que esta destreza le resultaba útil, ya que no había pensado antes en poner en práctica las estrategias (que se discutieron la sesión anterior), y no había visualizado “el deseo de beber” como algo a lo que ella se pudiera anticipar, o pudiera hacer algo para manejarlo. Dicho ejercicio concluyó haciendo un resumen y revisando que la paciente no tuviera ninguna duda.

Posteriormente, se le preguntó a la paciente si había alguna posible situación de riesgo que se pudiera presentar en la semana. E.R. mencionó que tal vez vería a F (su novio) para hablar sobre qué pasaría con su relación, y a pesar de que la paciente mencionó sentirse preparada para la situación, en otras ocasiones las discusiones con él le habían afectado mucho, por lo que se acordó preparar un plan semanal al respecto.

Tabla 45.

Plan Semanal Fase de Iniciación: Sesión 11

A continuación se encuentra un espacio para que piense sobre lo que le gustaría lograr en la próxima semana y cómo usted lo hará.

META: Cero copas

Confianza para lograr esta meta: 0% 20% 40% 60% 90% 100%

Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿dónde estará?, ¿en qué momento del día?, ¿quién estará presente?, ¿qué hará, pensará y sentirá?

Para cada uno de los dos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo. Puede querer usar algunas estrategias enlistadas anteriormente, o planear otras formas de enfrentamiento que le funcionarán.

Hablar con F en la calle, ya en la noche seguramente, estaremos solos. De lo que hablemos, yo puedo sentirme mal, triste, y más si el empieza a discutir o a reclamar cosas.

Hablar antes por teléfono con F para advertirle que si empezaban a discutir me iré, y que vamos a hablar tranquilos.
Vernos en un lugar donde no haya alcohol cerca.
Pensar en las consecuencias que he tenido cuando bebo.
Pensar en lo que he logrado sin beber, como confianza de mi ex para cuidar a mis hijas, estar tranquila, sentirme mejor físicamente, no tener tantos cambios de humor, no sentirme culpable.
Pensar en mis hijas y en cómo me van a ver si vuelvo a beber.
Pensar en mi meta.
Llamar a mi hermana o a D y contarle como me siento.

Antes de concluir la sesión se destacó la importancia de aplicar el plan semanal si era necesario, y se enfatizó el esfuerzo que había venido realizando la paciente para alcanzar sus metas semanales, así como el compromiso que había mostrado durante las sesiones. Se cerró la sesión acordando el horario de la siguiente cita.

3.5.1.12. Sesión 12: Fase de Iniciación – Enfrentamiento de la ansiedad

Tabla 46.

Sesión 12

Objetivos	Estrategias Utilizadas
<p>a) Preparar un plan semanal para evitar las posibles situaciones de riesgo y anticipar las alternativas de enfrentamiento.</p> <p>b) Revisar el automonitoreo correspondiente.</p> <p>c) Trabajar en la destreza de enfrentamiento de la ansiedad, con el objetivo de que la paciente identifique la situación que provoca ansiedad, los pensamientos asociados a la misma, y su relación con el consumo de alcohol.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis Funcional • Escucha reflexiva • Expresar empatía • Hacer resúmenes • Preguntas abiertas • Preguntas evocadoras • Reforzamiento positivo • Reestructuración cognitiva • Ensayo conductual

E.R. se presentó puntual a la sesión, misma que dio inicio comentando como le había ido a la paciente durante la semana. E.R. comentó que todo había salido bien en el encuentro que tuvo con su novio, ya que fue tranquilo, pudieron hablar con calma y acordaron, verse de vez en cuando.

Por otro lado, la paciente comentó que la “tensión en su trabajo” ha continuado, lo que a veces la hace sentir preocupada y le genera malestar. Sobre todo, porque teme que haya recorte de personal en su área y eso la afecte. Al respecto, se le mencionó que, en esta sesión, además de revisar el automonitoreo y elaborar el plan semanal correspondiente, se revisaría la destreza de enfrentamiento de la ansiedad, con la finalidad de apoyarla para que identifique las situaciones que la provocan, los pensamientos que la acompañan, y su relación con el consumo de alcohol.

En seguida, se inició con la revisión del automonitoreo, donde E.R. reportó lo siguiente:

Tabla 47.

Automonitoreo Diario: Sesión 12

FECHA	SITUACIÓN Descripción de la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó Indicando ¿dónde estaba?, ¿a qué hora?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	QUE HIZO PARA ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN	ABSTINENCIA O CONSUMO
Jueves	El jueves saliendo ya en la noche del trabajo, me sentí muy presionada por problemas que tuve con la contadora. Me sentía muy estresada, tuve la idea de querer relajarme y pensé en tomar una cerveza, pero solo fue una idea que me dio de repente. No sentí mucho antojo de beber.	Me fui directo a mi casa, pensé en hablar directo con mi jefe para evitarme más problemas y solucionar el asunto lo antes posible. Llegué a mi casa, le escribí a mi jefe. Tomé café con mi ex y platicamos de eso.	Abstinencia

Como se muestra en la tabla 47, la paciente reportó una situación de riesgo en la semana, en la cual permaneció en abstinencia. Se le reconoció que haya recurrido al apoyo de su exesposo y sobretodo que se haya planteado alternativas de solución al problema que la aquejaba y que le generaba malestar. Se enfatizaron los beneficios de haber alcanzado una vez más su meta. Al respecto E.R. mencionó algunos aspectos positivos que ha notado en los días que lleva sin beber, como: la confianza que poco a poco va recuperando de su familia, incluso de sus hijas; el dinero que ha ahorrado; los problemas y riesgos que ha evitado; y señaló que sobretodo notó un cambio en su peso, lo cual, la ha motivado a cuidarse más y a mejorar su apariencia.

Posteriormente, se revisó la destreza de enfrentamiento correspondiente, y se explicó a la paciente la relación que hay entre las situaciones que provocan ansiedad, el nivel de ansiedad que generan, la influencia de los pensamientos, y su relación con el uso de alcohol para reducir la ansiedad a un nivel tolerable. También se habló al respecto de los resultados que se tienen de evitar las situaciones que provocan ansiedad o de recurrir al uso de alcohol para manejarla, ya que ninguna de esas opciones funciona bien a largo plazo.

Después, se destacó la influencia que tienen los “pensamientos automáticos” al influir negativamente en las personas, al contribuir al sentimiento de la ansiedad. Y se revisó un ejercicio para que la paciente identificara sus pensamientos automáticos, para poder romper con el ciclo que involucra dichos pensamientos, los niveles altos de ansiedad y el uso de alcohol (véase tabla 48).

Tabla 48.

Enfrentamiento de la ansiedad (PARTE I)

<p>El primer paso es identificar las maneras en que usted podría involucrarse en un pensamiento defectuoso. A continuación se encuentran algunos ejemplos de "pensamientos" automáticos:</p> <p>a) Perfeccionismo (en ocasiones pienso en beber – he fallado en el tratamiento).</p> <p>b) La lectura de la mente ("Mi jefe piensa que yo soy incompetente". "Él debe pensar que yo soy aburrido").</p> <p>c) El razonamiento emocional – yo siento eso, por consiguiente debe ser verdad (yo me siento muy tonto, yo realmente debo verme tonto).</p> <p>d) Pensamiento todo o nada (yo tomé una bebida, estoy condenado a vivir en las calles).</p> <p>e) Afirmaciones “debería” (yo siempre debería tener el control; no debería mostrar a los demás que estoy nervioso”).</p> <p>f) Precipitarse a conclusiones (" Mi jefe me habló ahora; yo debo estar en un problema").</p> <p>g) Etiquetar ("yo soy un alcohólico / ex-convicto / yonqui").</p> <p>h) Centrarse en lo negativo (yo siempre echo a perder las cosas, ¿por qué debería ser diferente en esta ocasión "?)</p>	<p>EJERCICIO PRÁCTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Puede pensar en cualquier otro ejemplo de pensamientos automáticos? <p>a) <i>Mi jefe piensa que no estoy haciendo bien mi trabajo.</i></p> <p>b) <i>Mi jefe me está poniendo a prueba</i></p> <p>c) <i>Sé que hablan de mí en el trabajo.</i></p> <p>d) <i>Debería ser más cuidadosa en el trabajo.</i></p> <p>e) <i>Me van a correr</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos positivos: <p>a) <i>Estoy haciendo bien el trabajo que me corresponde.</i></p> <p>b) <i>Me están pidiendo cosas de más en el trabajo, voy a hablar con mi jefe sobre eso.</i></p> <p>c) <i>El que debe aprobar mi trabajo es mi jefe.</i></p> <p>d) <i>Entregue las cuentas claras, no hubo ningún problema.</i></p> <p>e) <i>Voy a hablar con mi jefe sobre mi desempeño y mi puesto.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Describa una situación en la que se ha sentido estresado o ansioso y utilizó el alcohol y/u otra droga para enfrentarla: <p><i>Saliendo del trabajo ya en la noche, los viernes, cuando había tenido mucha presión de trabajo o alguna diferencia con la contadora, salía muy estresada y sí me iba a tomar con los compañeros para relajarme un rato, distraerme y olvidarme de eso.</i></p>
--	--

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente, en el ejercicio práctico de la destreza enfrentamiento de la ansiedad. 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 el ejercicio E.R. identificó algunos ejemplos de pensamientos automáticos que ha experimentado, principalmente en lo que se refiere a su reciente situación en el trabajo. Como se muestra en la tabla 48, dichos pensamientos se enlistaron en el ejercicio práctico y se le sugirió que, cuando surgieran, cuestionara el sentido que tenían esos pensamientos y su fundamento, así como la interpretación de los mismos de una manera más realista. Por lo que, se plantearon “pensamientos positivos” para ejemplificar lo anterior.

También, se describió una situación en la que E.R. utilizó el alcohol para enfrentar la ansiedad, y a partir de eso, se realizó un ensayo conductual y se identificaron las consecuencias de haber bebido en esa ocasión, así como la importancia de anticiparse, y romper el ciclo de: situación provocadora de ansiedad-pensamientos automáticos-consumo de alcohol. Para concluir con la revisión de la destreza, se verificó que la paciente no tuviera ninguna duda, y se dejó una tarea para la siguiente sesión.

Finalmente, se preparó el plan semanal que se presenta a continuación:

Tabla 49.

Plan Semanal Fase de Iniciación: Sesión 12

A continuación se encuentra un espacio para que piense sobre lo que le gustaría lograr en la próxima semana y cómo usted lo hará.

META: Cero copas

Confianza para lograr esta meta: 0% 20% 40% 60% 90% 100%

Describe dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿dónde estará?, ¿en qué momento del día?, ¿quién estará presente?, ¿qué hará, pensará y sentirá?

Para cada uno de los dos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo. Puede querer usar algunas estrategias enlistadas anteriormente, o planear otras formas de enfrentamiento que le funcionarán.

Viernes, en la oficina o trabajando, ya en la tarde. Si tengo algún problema con la contadora o mucha tensión en el trabajo, voy a estar yo sola, pensaré en quererme relajar y desahogarme, voy a salir y tal vez me sienta estresada y frustrada.

Buscar a mi amigo D para salir un rato, antes de llegar a mi casa o salirme del trabajo con J.
No hablar más del tema del trabajo y distraerme en otra cosa.
Identificar los pensamientos negativos y cuestionarlos.
Pensar en lo que hago bien en mi trabajo.
Llegar a mi casa y platicar un rato con mi ex.

La sesión concluyó con un resumen de lo que se había trabajado, señalando la importancia de anticipar en el plan semanal, cualquier otra situación que se pudiera presentar en la semana. Así como realizar el automonitoreo y el ejercicio de tarea correspondiente a la destreza de enfrentamiento de la ansiedad.

3.5.1.13. Sesión 13: Fase de Iniciación – Enfrentamiento de la ansiedad (continuación).

Tabla 50.

Sesión 13

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Preparar un plan semanal para evitar las posibles situaciones de riesgo y anticipar las alternativas de enfrentamiento. b) Revisar el automonitoreo correspondiente. c) Trabajar en la destreza de enfrentamiento de la ansiedad, con la finalidad de que la paciente identifique los pensamientos automáticos y sus consecuencias. Así como alternativas de pensamientos positivos que reemplacen los pensamientos automáticos en un futuro.	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis Funcional • Escucha reflexiva • Expresar empatía • Hacer resúmenes • Preguntas abiertas • Preguntas evocadoras • Reforzamiento positivo • Reestructuración cognitiva • Ensayo conductual

La sesión dio inicio de forma habitual, preguntándole a la paciente lo ocurrido durante la semana anterior. E.R. comentó que, en los últimos días, la tensión en su trabajo había disminuido, ya que pudo llegar a acuerdos importantes con su jefe, lo que la hizo sentir más tranquila. En seguida, se mencionó la agenda del día, y se dio paso a la revisión del automonitoreo (véase tabla 51).

Tabla 51.

Automonitoreo Diario: Sesión 13

FECHA	SITUACIÓN Descripción de la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó Indicando ¿dónde estaba?, ¿a qué hora?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	QUE HIZO PARA ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN	ABSTINENCIA O CONSUMO
Viernes	Salí del trabajo en la noche, fui a cenar con D, me sentía cansada y fastidiada del trabajo. En el restaurante vendían alcohol, pero no tuve antojo.	Pensé en lo que he mejorado en el tiempo que llevo sin tomar. Platicamos y me pasé un buen rato. No pensé tanto en el trabajo y preferí y me distraje platicando sobre otras cosas.	Abstinencia

Como se muestra en la tabla anterior, la paciente reportó una situación en la que se mantuvo abstinentes. E.R. refirió que no experimentó deseo de beber, a pesar de que en el lugar donde se encontraba había disponibilidad de bebidas. Sin embargo, comentó que aplicó las estrategias propuestas en el plan semanal, como, tomar en cuenta los pensamientos negativos que se le presentaban, cuestionarlos para cambiarlos a una forma positiva y buscar a su amigo D para salir y distraerse.

Respecto a lo anterior, se le reconoció a la paciente que se haya mantenido en abstinencia, y que haya puesto en práctica las estrategias propuestas en el plan semanal. Además, se discutieron algunos beneficios que E.R. reportó, como resultado de las semanas de abstinencia, que había alcanzado hasta el momento. La paciente destacó entre los principales beneficios o logros hasta el momento, sentirse más tranquila de cumplir con sus responsabilidades (en su casa y trabajo), experimentar la tranquilidad de no tener problemas relacionados con el consumo, y tener mayor cuidado de su apariencia y su estado de salud.

Posteriormente, se revisó el ejercicio que se había dejado como tarea, para continuar revisando la destreza de enfrentamiento de la ansiedad, el cual se muestra a continuación (véase tabla 52).

Tabla 52.

Enfrentando a la ansiedad (PARTE 2)

<p>a) Enliste las consecuencias de beber alcohol (tanto positivas como negativas, y tanto a corto como a largo plazo):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Positivas a corto plazo: relajarme, sentir el efecto, olvidar, distraerme.</i> ✓ <i>Positivas a largo plazo: ninguna.</i> ➤ <i>Negativas a corto plazo: Embriagarme; olvidarme de cosas; dejar de poner atención a lo que hago; dejar de hacer cosas; tener discusiones con F o con mi ex; que me hagan reclamos; hacer cosas de las que después sienta pena; sentir cruda.</i> ➤ <i>Negativas a largo plazo: Afectar a mi salud; subir de peso; tener problemas fuertes con mi familia y descuidar a mis hijas, tener una adicción fuerte; poner en riesgo mi integridad.</i> <p>b) Enliste los "pensamientos" automáticos que acompañan a esta situación:</p> <p><i>Me quieren correr; mi jefe piensa que no hago bien mi trabajo; seguro hablan de mí.</i></p> <p>c) ¿Cómo se siente a consecuencia de estos pensamientos?</p> <p><i>Cada vez más tensa e inquieta y voy pensando más y más. Y me angustia pensar, por eso me quiero olvidar de todo.</i></p> <p>d) ¿Cuáles son algunas de las cosas que podría decirse a sí mismo en el futuro para reemplazar los pensamientos negativos descritos anteriormente?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Llevo mucho tiempo trabajado aquí, ya he pasado por rachas difíciles y he salido.</i> • <i>No hay razón para que me corran.</i> • <i>Hago bien mi trabajo.</i> • <i>Soy buena haciendo mi trabajo.</i> • <i>Hay confianza con mi jefe para resolver los problemas.</i> • <i>Tranquila.</i> 	<p>Estrategias que les funcionaron a otros en el enfrentamiento de los pensamientos automáticos:</p> <p>a) Re- etiquete sus sentimientos negativos (por ejemplo, estrés, ansiedad) - y los deseos intensos que los acompañan - como un signo importante para tomar la acción.</p> <p>b) Practique "la detención del pensamiento". Cuando usted reconozca que se presentan algunos de los pensamientos automáticos negativos, grite ALTO e imagine una señal grande de alto en su mente.</p> <p>c) Preste atención a las cosas positivas que pasan, y mantenga un seguimiento de ellas. Usted quizás querrá escribirlas.</p> <p>d) Desafíe al pensamiento automático. Pregunte: ¿tiene sentido? ¿Cuál es la evidencia para éste? ¿Hay una manera más realista de interpretar la situación?</p> <p>e) Apapáchese! Dígase algo positivo a sí mismo o prémiese cuando usted enfrente con éxito una situación provocadora de ansiedad sin tener que beber alcohol y/o usar otra droga.</p> <p>f) Recuerde que algo de ansiedad y estrés son normales para todos. Concéntrese en reducir su ansiedad a un nivel manejable, no en eliminarla completamente.</p>
--	--

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente, en el ejercicio práctico de la destreza enfrentamiento de la ansiedad. 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 la revisión del ejercicio, se comentó con la paciente, la relación que había entre las situaciones que le provocan ansiedad, los pensamientos automáticos que se involucraban, el consumo de alcohol, y las consecuencias asociadas de dichos aspectos. En primer lugar, E.R. identificó claramente las consecuencias positivas y negativas que tenía el

consumo de alcohol. Y cabe mencionar, que reconoció la importancia del impacto de que han tenido dichas consecuencias en su vida, a corto y largo plazo.

Por otro lado, se habló acerca de la influencia que tenían los pensamientos automáticos en el nivel de ansiedad, y se abordaron las consecuencias que la paciente había identificado al respecto. Después, para retomar la importancia de romper con el ciclo de: situación provocadora de ansiedad → pensamientos automáticos → nivel alto de ansiedad → consumo de alcohol. Se revisaron algunas estrategias para enfrentar los pensamientos automáticos o negativos. E.R. mostró mayor interés hacia aquellas mencionadas en los incisos (b), (d) y (f). Sin embargo, se acordó que procurara poner en práctica todas, para que contara con más opciones posibles. Y se realizó un ensayo conductual respecto a la situación disparadora de ansiedad que la paciente reportó en el ejercicio.

Cabe señalar que la paciente expresó su interés hacia el manejo de los pensamientos, y lo consideró de importancia para enfrentar la ansiedad, y en general para otras situaciones de su vida. Ya que, a partir de lo revisado la sesión anterior, puso atención a los pensamientos “negativos” o automáticos que se le presentaban, y señaló que notó, en algunas ocasiones, la relación que había con sus acciones. Por lo cual, se le reconoció dicha capacidad de análisis al respecto. Y se le mencionó la importancia que tenía ese aspecto para poder anticiparse a situaciones de riesgo, así como en otras situaciones de su vida.

Posteriormente, se preparó el plan semanal correspondiente, que se muestra a continuación (véase tabla 53).

Tabla 59.

Plan Semanal Fase de Iniciación: Sesión 13

A continuación se encuentra un espacio para que piense sobre lo que le gustaría lograr en la próxima semana y cómo usted lo hará.

META: Cero copas

Confianza para lograr esta meta: 0% 20% 40% 60% 90% **100%**

<i>Describa dos disparadores del uso de sustancia que es probable que surjan durante la próxima semana. Indique lo siguiente: ¿dónde estará?, ¿en qué momento del día?, ¿quién estará presente?, ¿qué hará, pensará y sentirá?</i>	<i>Para cada uno de los dos disparadores, describa diversas estrategias de enfrentamiento en las que usted esté preparado para llevarlas a cabo. Puede querer usar algunas estrategias enlistadas anteriormente, o planear otras formas de enfrentamiento que le funcionarán.</i>
--	---

<p>Tal vez salga con F, y aunque ya hablamos de que yo estoy dejando de tomar, puede ser que él me invite, o que quiera ir a un tianguis a comer y ahí venden cervezas. Estaríamos en la calle, como a medio día, solo él y yo. Yo me estaría sintiendo bien, con ganas de pasar un rato tranquilo con él y pasarla bien. Pensaré en que esta vez no quiero pelear y quiero ver cómo me siento estando con él, y que no quiero que pasemos por las situaciones que hemos pasado antes, de discusiones y peleas. Aunque tal vez sienta enojo al verlo por todo lo que ha pasado.</p>	<p>Hablar antes con él y decirle que vayamos a otro lugar. Recordarle que ya no tomo. No verlo si esta tomado. Si empezamos a pelear, irme y decirle que lo veo después. No dejarme llevar por el enojo. Detener los pensamientos negativos que tenga. Pensar en lo que he logrado hasta el momento, en todo. Darme mi lugar en la relación.</p>
---	---

La sesión finalizó recordándole a la paciente aplicar aquellas estrategias que le han sido de utilidad a lo largo de las semanas anteriores. Así como continuar realizando aquellas actividades en las que se ha involucrado recientemente y que le han resultado satisfactorias (hacer ejercicio, cuidarse más físicamente, ver a sus hermanos, estar con sus hijas).

3.5.1.14. Sesión 14: Fase de Mantenimiento – Relajación.

Tabla 54.

Sesión 14

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Introducir a la paciente a la segunda fase del tratamiento.	
b) Revisar el automonitoreo correspondiente.	
c) Trabajar en la destreza de enfrentamiento de Relajación, con la finalidad de que la paciente adquiera técnicas que le permitan reducir la tensión en su cuerpo, mitigar sus emociones y el pensamiento.	<ul style="list-style-type: none">• Análisis Funcional• Escucha reflexiva• Expresar empatía• Hacer resúmenes
d) Preparar en conjunto con la paciente el plan semanal de la fase de mantenimiento; que involucra la exposición gradual situaciones de riesgo pre-planeadas, que sean desafiantes pero que la paciente se sienta confiada para manejarlas. A partir de la preparación de nuevas estrategias en las que ella confíe.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas abiertas• Preguntas evocadoras• Reforzamiento positivo• Modelamiento
e) Asignar de tarea el informe de resultados obtenidos en el plan semanal.	

La sesión dio inicio con la llegada puntual de la paciente, quien comentó que nuevamente logró cumplir la meta de la semana, así como “sortear algunas dificultades que se presentaron en su trabajo y con F (su novio)”. Al indagar al respecto, E.R. mencionó que sus funciones en el trabajo parece que cambiarán definitivamente y señaló que dicha situación la hizo plantearse la opción de cambiar de trabajo, e ir considerando otras opciones, ya que el cambio que se ha presentado en su empresa la hace sentir “estancada” y no le permitirá un crecimiento a futuro. Por otro lado, comentó que el encuentro con F no fue muy positivo, ya que no logró sentirse tan a gusto con él, debido a algunos reclamos por lo ocurrido anteriormente en su relación, aunque no llegaron como tal a entablar una discusión.

En cuanto a su situación laboral, se le sugirió evaluar las ventajas y desventajas de cambiar de trabajo o de continuar ahí. E.R. estuvo de acuerdo y decidió tomar en cuenta la sugerencia. Por otro lado, en cuanto a lo ocurrido con F, se le comentó a la paciente que en las sesiones siguientes se revisaría la destreza de *relaciones saludables*, para apoyarla al respecto. En seguida se le mencionó la agenda del día (véase tabla 54) y se dio paso a revisar el automonitoreo que se muestra a continuación (véase tabla 55).

Tabla 55.
Automonitoreo Diario: Sesión 14

FECHA	SITUACIÓN Descripción de la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó Indicando ¿dónde estaba?, ¿a qué hora?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	QUE HIZO PARA ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN	ABSTINENCIA O CONSUMO
Domingo 22/02/15	Vi a F cerca de su casa, salimos a comprar algunas cosas. No me invitó a beber, pero dijo que a él se le antojaba tomar una cerveza, aunque después ya no se tomó nada. Estuve la mayor parte del día con él, aunque yo le hice reclamos, pensé en lo que vivimos la última vez y sentí coraje con él.	Estuve atenta a los pensamientos que tenía, sobre todo de enojo, para contenerme y no ser impulsiva. Le dije que yo no iba a beber, que ya habíamos hablado de eso. Pensé en que quería que me respetara y en darme yo mi lugar. Pensé en mis beneficios.	Abstinencia

Acerca de la situación reportada en el automonitoreo, la paciente comentó que no presentó deseos de beber. Sin embargo, puso en práctica estrategias de rechazo al consumo de alcohol e identificación de pensamientos negativos, además de tener en cuenta los logros que tenía al estar sin beber. En ese sentido, se reforzó que haya puesto en práctica dichas estrategias. También, se indagó respecto a alguna otra situación de riesgo que se hubiera presentado en la semana, o donde la paciente hubiera sentido deseos de beber. Sin embargo, E.R. no reportó ninguna.

Para continuar con la sesión, se introdujo a la paciente a la segunda fase del tratamiento y se le explicó que, a partir de ahora, el tratamiento estaría enfocado a mantener el cambio que se había logrado en su conducta de consumo, a partir de la exposición gradual a situaciones de riesgo planeadas previamente, y a la aplicación de destrezas de enfrentamiento distintas a las de la primera fase.

La paciente estuvo de acuerdo y no reportó ninguna duda. En seguida, se le mostró el formato correspondiente al plan semanal de la fase de mantenimiento, donde se trabajó en preparar la exposición a una situación de riesgo que se le presentaría a E.R. durante la semana (véase tabla 56).

Tabla 56.

Plan semanal Fase de Mantenimiento: Sesión 14

EXPOSICIÓN PRE-PLANEADA A UNA SITUACIÓN DE RIESGO

Describa la situación Disparadora:

El jueves, una comida de trabajo con un promotor que ya conozco de tiempo, somos amigos, nos llevamos bien y en ocasiones pasadas, llegamos a tomar, mientras arreglábamos cosas de trabajo. Puede ser que el sí decida tomar.

Experiencia Planeada

¿Cuándo? *El jueves*

¿Dónde? *En un restaurante.*

¿Quién estará presente? *Un promotor que es mi amigo y yo.*

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

Llegaré tranquila a la reunión, procuraré llevar preparados y claros los asuntos de trabajo que tenemos que checar. Si me invita a tomar, le voy a decir que ya no tomo desde hace tiempo, voy a ser muy firme en eso para dejarlo claro. Si me insiste, le voy a decir que venimos a trabajar y que no puedo perder tiempo, y es la verdad.

No voy a dejar que pida por mí, me voy a adelantar para pedir yo lo mío al mesero.

Voy a estar al tanto de mis pensamientos y cuestionármelos, si es necesario.

Voy a pensar en las consecuencias que he tenido otras veces como esta y en lo importante que es hacer muy bien mi trabajo en este momento.

Voy a recordarme lo bueno que he logrado hasta ahora, sobretodo en el bienestar que tengo conmigo misma.

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente durante la elaboración conjunta del plan semanal. 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 la elaboración del plan semanal, E.R. expresó su compromiso para llevar a cabo lo establecido, y se le observó participativa al plantear conjuntamente las estrategias de enfrentamiento. Como tarea, se le pidió que trajera el reporte de resultados que marca el plan semanal.

Finalmente, se trabajó en la destreza de relajación, con el objetivo de que la paciente aprendiera técnicas para reducir la tensión. Así como manejar con mayor eficiencia, la intensidad de sus emociones, ya sean positivas o negativas. A continuación, se muestran las técnicas que fueron revisadas (véase tabla 57).

Tabla 57.

Destreza de enfrentamiento: Relajación

Las que se enlistan a continuación son técnicas que le pueden ayudar a desarrollar habilidades que se ajusten a un estilo de vida libre de alcohol u otras drogas. La relajación es caracterizada por un estado de calma, bienestar y una respiración pausada. Trate lo siguiente, siéntese con su espalda bien apoyada en el respaldo y con ojos bien cerrados.

1. Enfóquese en su cuerpo.

- Lentamente examine su cuerpo y comience a relajar todos sus músculos, empiece con sus pies, yéndose lentamente hasta los músculos de su cara.
- Dígase a usted mismo que la tensión se vaya de cada una de sus partes de su cuerpo.
- Cuando usted haya terminado, piense que está relajado y cómodo.

2. Enfóquese en su respiración.

- Exhale.
- Inhale lentamente de tal forma que el aire llegue hasta su abdomen.
- Exhale lentamente.
- Trate de hacer esto colocando su mano en la parte superior de su abdomen para ser más consciente de su respiración.

3. Enfóquese en imágenes.

- Imagínese una escena pacífica en calma, serena.
- Imagine que está sentado o descansando en una playa sintiendo el calor del sol.
- Imagine que usted está completamente relajado y disfrute la sensación.

Otras cosas que usted puede hacer para relajarse:

- Dígase la palabra "relájate" o "cálmate" al tiempo de que está exhalando.
- Estírese.
- Tense sus músculos y después deje ir la tensión (por ejemplo, encoja sus hombros hacia arriba mantenga la tensión por unos segundos, luego déjela ir, sienta la diferencia).
- Recuerde un momento en donde se sentía relajado y acuérdeselo del sentimiento.

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.

Una vez revisados los aspectos generales de cada técnica, se mencionó la importancia de poner en práctica la destreza, y los beneficios que tenía a nivel físico, emocional y de sus pensamientos, al reducir la tensión o los síntomas de ansiedad, e influir en el manejo de la intensidad de sus emociones. En seguida, se llevó a cabo un ejercicio de relajación con la paciente, realizando un modelamiento de la forma correcta para hacer una respiración profunda, relajación muscular, autoafirmaciones positivas, e imagería. Se acordó con E.R. incluir dichos ejercicios en su vida diaria al menos dos veces por semana, y en situaciones donde lo considerara oportuno. La sesión concluyó con un breve resumen de lo que se había trabajado y acordando la siguiente cita.

3.5.1.15. Sesión 15: Fase de Mantenimiento – Relaciones Saludables.

Tabla 58.

Sesión 15

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Revisar el automonitoreo correspondiente.	
b) Revisar el reporte de resultados del plan semanal anterior.	
c) Revisar la destreza de Relaciones Saludables, con la finalidad de que la paciente considere el valor de los costos y beneficios, en sus relaciones interpersonales actuales.	<ul style="list-style-type: none">• Escucha reflexiva• Expresar empatía• Hacer resúmenes• Preguntas abiertas• Preguntas evocadoras
d) Preparar en conjunto con la paciente un plan semanal, para la exposición a una situación de riesgo.	<ul style="list-style-type: none">• Reforzamiento positivo• Ensayo conductual
e) Asignar de tarea el informe de resultados obtenidos en el plan semanal.	

La sesión comenzó de manera habitual, saludando a la paciente y preguntándole como se había sentido durante la semana. E.R. reportó que en general, le había ido bien; más tranquila en cuanto a la situación en su trabajo, satisfecha con el cuidado y la convivencia que ha tenido con hijas últimamente, y comentó que empezó con una rutina de ejercicio (clases de spinning).

Al respecto, se reconocieron las acciones que la paciente ha llevado a cabo para mejorar la convivencia con sus hijas y estar al pendiente de ellas (pasar más tiempo con ellas en la semana, volver a involucrarse en asuntos escolares, tener una actividad con ellas los fines de semana) lo cual ha constituido uno de los beneficios de mantenerse en abstinencia. Igualmente, se le felicitó por haber integrado una rutina de ejercicio a su vida cotidiana, comentando los beneficios a su salud en general.

Tabla 59.
Automonitoreo Diario: Sesión 15

FECHA	SITUACIÓN Descripción de la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó Indicando ¿dónde estaba?, ¿a qué hora?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	QUE HIZO PARA ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN	ABSTINENCIA O CONSUMO
Jueves	Llegué a comer con el promotor, a uno de los restaurantes donde acostumbramos ir, él llegó con otra persona de ventas. Ellos sí pidieron de tomar (cervezas) y me invitaron. Si me sentía tranquila”.	Pensé en mi meta y en el plan, y en lo que en realidad venía a hacer. Me adelanté a pedir lo que yo iba a tomar para que no me destaparan ninguna cerveza. Le dije que ya no tomaba y que me sentía mejor así, él no me insistió. Nos dedicamos a lo del trabajo porque yo no tenía mucho tiempo. Y tuve presente lo que he logrado y recordé algunas situaciones parecidas en las que no me había gustado terminar tomando con gente del trabajo.	Abstinencia

Posteriormente, se revisó el automonitoreo de la semana, y como se muestra en la tabla 65, E.R. no reportó ninguna situación de riesgo a la que se haya enfrentado, únicamente registró la que se había establecido en el plan semanal anterior. Por lo que se revisó conjuntamente con el reporte de resultados correspondiente (véase tabla 60).

Tabla 60.
Reporte de resultados del Plan Semanal de la sesión 14

¿Intentó hacer la tarea? **SI** NO

¿Fue exitoso el intento? **SI** NO

Comentarios: *Apliqué el plan, me sentí segura y me sentí bien de haberlo logrado y de mantenerme sin tomar.*

¿Usted Usó? SI **NO**

¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?

Creo que el plan me funcionó muy bien así.

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente reporte de resultados correspondiente. 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.

La paciente pudo llevar a cabo la tarea de la semana (exposición a la situación de riesgo pre-planeada) con un resultado exitoso, es decir, se mantuvo en abstinencia y aplicó el plan de enfrentamiento que se había preparado. Al indagar acerca de la experiencia que tuvo, E.R. comentó que se sintió segura al enfrentarse a la situación, y que tuvo presentes las estrategias que iba a utilizar, con confianza de que podría llevarlas a cabo. Comentó que negarse a la invitación a beber, era uno de los aspectos que consideraba más difíciles, ya que no lo había practicado antes. Sin embargo, señaló que haberlo hecho, y haber comprobado el resultado, la hizo sentir segura para ocasiones posteriores. Otra estrategia que consideró útil, fue el manejo de sus pensamientos (“voy a adelantarme a pedir primero”, “es una reunión de trabajo”) ya que los identificó como una señal para actuar y no dejarse llevar por la situación o la invitación a beber.

Primero, se le felicitó por el compromiso que mostró para llevar a cabo la tarea y aplicar las estrategias de enfrentamiento. Así como, identificar aquellas que le fueron de mayor utilidad y que la hicieron sentir segura y con confianza para enfrentar la situación. Después, se comentaron los beneficios o consecuencias positivas de haber alcanzado la abstinencia, entre las que E.R. mencionó, haber tenido una mejor reunión de trabajo, continuar con su día laboral, y llegar a su casa en buenas condiciones. Cabe mencionar, que se retomaron los componentes del análisis funcional, donde se ubicó la situación disparadora, la aplicación del plan de enfrentamiento y los resultados obtenidos. Con la finalidad de destacar las acciones (a nivel cognitivo y conductual) que la paciente realizó, y que le permitieron manejar la situación. La paciente se mostró entusiasmada con el logro obtenido, lo cual se reflejó en la confianza que manifestó después de notar la importancia de los resultados que obtuvo

Una vez concluido lo anterior, se le pidió a E.R. que pensará en otra situación para la siguiente semana. De inmediato, comentó que se acercaba su cumpleaños, y que sus hermanos se habían organizado para salir con ella. Por lo que se decidió trabajar en anticipar dicha situación (véase tabla 61).

Tabla 61.

Plan semanal Fase de Mantenimiento: Sesión 15

EXPOSICIÓN PRE-PLANEADA A UNA SITUACIÓN DE RIESGO

Describa la situación Disparadora:

Esta semana es mi cumpleaños, y voy a ir con mis hermanos, mi ex y algunos amigos a un baile que va a haber cerca de la casa. Va a haber música para bailar y seguramente venderán alcohol por ahí. Una de mis hermanas, mi ex y mis amigos D y J, saben del tratamiento, y tampoco toman demasiado, ni me insistirían a tomar, pero los demás seguro querrán tomar algo y en general va a haber alcohol cerca.

Experiencia Planeada

¿Cuándo? Sábado

¿Dónde? En la tocada de la feria de la delegación.

¿Quién estará presente? Mis hermanos, mi ex, mi amigo D, mi amiga J, y otros dos amigos de mis hermanos tal vez.

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

Tengo claro que no quiero tomar, por muchas razones (sus hijas, lo que ha logrado, el bienestar con ella misma) y considero que me sentiré contenta y con las ganas de pasar un buen rato, bailar y disfrutar la música.

Si alguien me invita, voy a decir que ya no tomo, y si alguien me insiste, mejor me voy a alejar de él.

Me gusta mucho bailar, y a la gente con la que voy también, voy a disfrutar de eso.

No me voy a dejar llevar por la emoción del momento, relajarme y pensar en que “quiero pasar un buen rato y que no quiero arruinarlo bebiendo”, “otras ocasiones lo hice y casi siempre terminaba en problemas o peleándome con mi propia familia y esta vez quiero que sea diferente”.

Si tuviera antojo, detendría los pensamientos que me vinieran a la cabeza y me preguntaría para qué quiero tomar si así puedo pasarla bien y cómo quiero terminar la noche. Y voy a pensar en lo que he ganado de estar sin tomar.

En conjunto con la paciente se describió la situación disparadora y se estableció el plan de enfrentamiento, realizando un ensayo conductual de las estrategias establecidas. E.R. comentó que sería una prueba importante para ella. Sin embargo, expresó la confianza que tenía para lograrlo y fortalecer el cambio que ha tenido hasta el momento, respecto a su forma de beber.

Finalmente, se asignó como tarea revisar la destreza de relaciones saludables, para lo cual, se le entregó a la paciente el formato correspondiente, se le pidió que lo revisará, y que contestara el ejercicio práctico para comentarlo la siguiente sesión. Se concluyó la sesión acordando la siguiente cita.

3.5.1.16. Sesión 16: Fase de Mantenimiento – Relaciones Saludables (continuación).

Tabla 62.

Sesión 16

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Revisar el automonitoreo correspondiente.	
b) Revisar el reporte de resultados del plan semanal anterior.	
c) Revisar la destreza de Relaciones Saludables, con la finalidad de que la paciente considere el valor de los costos y beneficios, en sus relaciones interpersonales actuales.	<ul style="list-style-type: none">• Escucha reflexiva• Expresar empatía• Hacer resúmenes• Preguntas abiertas• Preguntas evocadoras
d) Preparar en conjunto con la paciente un plan semanal, para la exposición a una situación de riesgo.	<ul style="list-style-type: none">• Reforzamiento positivo• Ensayo conductual
e) Asignar de tarea el informe de resultados obtenidos en el plan semanal.	

La paciente se presentó puntual a la sesión, misma que dio inició comentando lo ocurrido durante la semana. E.R. comentó que en general le había ido bien. Sin embargo, mencionó que le incomodaba no poder resolver del todo las diferencias con su novio (F), para así poder retomar bien su relación. Por otro lado, señaló que pudo llevar a cabo exitosamente la exposición a la situación de riesgo preparada en el plan semanal y se mostró entusiasmada. Antes de indagar más al respecto, se le mencionó la agenda del día, y se acordó trabajar primero con la revisión de la destreza de relaciones saludables, ya que la paciente expresó su interés en comentarla.

Para iniciar con la revisión de la destreza, se retomó su objetivo, que consistía en valorar las relaciones saludables en la vida de la paciente, ya que influyen en su autovaloración y crecimiento personal. Por lo que es importante considerar, el establecimiento de límites, y el respeto hacia los derechos, sentimientos, necesidades y valores personales. La paciente expresó que había enfocado especialmente el ejercicio a su relación de pareja. A continuación, se muestra el formato con el que se trabajó la destreza (véase tabla 63).

Tabla 63.
Relaciones Saludables

<p>Las relaciones saludables son un intercambio justo. Los costos para usted deben ser casi iguales a los beneficios. Tenga presente que el valor de costos y beneficios es personal. El valor de algo para una persona puede no ser el mismo que para otra. Piense sobre la(s) relación (es) actuales en su vida.</p>	<p>3. ¿Qué necesita cambiar de su relación(es) para que le ayude a mantener la abstinencia de las sustancias?</p>
<p>1. ¿Qué clases de cosas valoras en una relación?</p>	<p><i>La comunicación y poner límites.</i></p>
<p>2. ¿Cómo el alcohol u otra droga han afectado sus relaciones?</p>	<p>4. ¿Cuáles son los pasos que necesita seguir o tomar para cambiar o mejorar su relación (es)?</p>
<p><i>Con aislamiento, pérdida de control, intolerancia y violencia.</i></p>	<p><i>Aprender a escuchar, no estar a la defensiva, tener tolerancia, exigir lo justo y respetarme a mí misma.</i></p>
	<p>Costos: <i>agresiones verbales y físicas; desconfianza; frustración, alcohol, desconfianza de mis hijas.</i></p>
	<p>Beneficios: <i>Apoyo, compañía, amor pero muy cambiante.</i></p>

La paciente comentó que el ejercicio la había hecho reflexionar sobre su relación de pareja, y que le había servido para notar diferencias entre lo que ella esperaba de una relación, y lo que recibía de su relación actual. Principalmente, señaló la discrepancia entre los objetivos y valores que perseguía cada uno en su vida, en el presente y para el futuro (aspecto que pesaba mucho para ella). Y se destacó el riesgo que representaba que su pareja bebiera alcohol en exceso. Así mismo, se comentó la importancia de tomar en cuenta la calidad y el equilibrio (costos-beneficios) en sus relaciones personales en general, ya que podían influir en su bienestar personal.

Posteriormente, se revisó el automonitoreo correspondiente, en el que la paciente únicamente registró la situación prevista en el plan semanal. Por lo que se revisó de forma conjunta con el reporte de resultados (véase tabla 64 y 65).

Tabla 64.
Automonitoreo Diario: Sesión 16

FECHA	SITUACIÓN Descripción de la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó Indicando ¿dónde estaba?, ¿a qué hora?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	QUE HIZO PARA ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN	ABSTINENCIA O CONSUMO
Jueves	Era sábado en la noche, íbamos a festejar mi cumpleaños, estaba con mis hermanos, mi hermana, mi cuñado, mis amigos D y J, mi ex y otros dos amigos. Yo me sentía contenta, con ganas de bailar, pensaba en pasar un buen rato.	Aplicué el plan. Llegué con la decisión de no beber y pensé en por qué no quería hacerlo. Disfruté bailar y la música. Sí me invitaron, pero yo no acepté. No sentí antojo, por que sentí mucho la diferencia a otras veces en las que tuve problemas por empezar a tomar.	Abstinencia

Como se muestra en la siguiente tabla, E.R. pudo llevar a cabo la tarea de la semana, con un resultado exitoso. Reportó que las estrategias de enfrentamiento que aplicó para manejar la situación fueron: negarse al consumo, recordar su meta, bailar, disfrutar la música y la compañía. Destacó que, “no dejarse llevar por pensamientos de mucha emoción” y prestar atención al buen momento que estaba pasando, le fue útil ante la situación. Ya que recordó, situaciones del pasado, en las que bebió, y tuvo consecuencias negativas, mismas que no deseaba repetir. Al respecto, se le felicitó por haber puesto en acción las estrategias planeadas y por haber identificado la intensidad de sus emociones (situación que se trabajó en la destreza de relajación).

E.R. también comentó que enfrentar este tipo de situaciones sin beber, y poder experimentar los beneficios o ganancias, como: sentirse bien (moral y físicamente) al regresar a su casa, no sentir vergüenza después, y evitar ponerse en riesgos (robos, pleitos, etc.). La hacían sentir con mayor confianza para actuar y seguir en abstinencia, en otras situaciones que se le pudieran presentar (véase tabla 65).

Tabla 65.
Reporte de resultados del Plan Semanal de la sesión 15

¿Intentó hacer la tarea? **SI** NO

¿Fue exitoso el intento? **SI** NO

Comentarios: *Me sentí muy bien de no haber bebido, haber pasado bien ese momento y bailar. Me hizo sentir bien no haber tenido problemas después.*

¿Usted Usó? SI **NO**

¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?

Creo que nada.

Finalmente, se elaboró el siguiente plan semanal, donde la paciente sugirió anticipar una situación en la que hablaría con su novio sobre su relación. Lo cual consideró que le provocaría emociones negativas, principalmente, tristeza y ansiedad. Además, de que cabía la posibilidad de que su pareja bebiera frente a ella. Por lo que se decidió establecer el siguiente plan de enfrentamiento (véase tabla 66).

Tabla 66.

Plan semanal Fase de Mantenimiento: Sesión 16

EXPOSICIÓN PRE-PLANEADA A UNA SITUACIÓN DE RIESGO

Describe la situación Disparadora:

Ir a comer con F a un tianguis a donde generalmente vamos y hablar con él sobre nuestra relación.

Experiencia Planeada

¿Cuándo? El domingo

¿Dónde? En un tianguis cerca de la casa de F

¿Quién estará presente? F y yo

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

Pensar en los logros que he tenido y los esfuerzos que he hecho para dejar de beber.

Pensar en los límites que quiero en mi relación y no beber por sentirme comprometida o presionada por él.

Si me invita, negarme diciéndole que es una decisión que tomé y que le pido que lo respete.

Estar al tanto de mis pensamientos, no dejarme llevar solo por lo que siento en ese momento (enojo o tristeza). Detener esos pensamientos y cuestionármelos.

Tener claro lo que quiero hablar con él, y lo que quiero resolver, antes de verlo.

Una vez elaborado el plan, se realizó un ensayo conductual de las estrategias establecidas en para enfrentar la situación disparadora, y se indagó respecto a alguna duda que tuviera la paciente, así como hacía la confianza que tenía para enfrentarse a la situación. E.R. no comentó ninguna duda, y señaló que, a pesar de ser una situación difícil para ella, se sentía preparada para llevarlo a cabo. Por lo que se concluyó la sesión y se agendó la siguiente cita.

3.5.1.17. Sesión 17: Fase de Mantenimiento – Solución de problemas.

Tabla 67.

Sesión 17

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Revisar el automonitoreo correspondiente.	
b) Revisar el reporte de resultados del plan semanal anterior.	<ul style="list-style-type: none">• Escucha reflexiva• Análisis funcional
c) Revisar la destreza de Solución de Problemas, con el objetivo de que la paciente fortaleciera sus habilidades al respecto.	<ul style="list-style-type: none">• Expresar empatía• Hacer resúmenes• Preguntas abiertas
d) Preparar en conjunto con la paciente un plan semanal, para la exposición a una situación de riesgo.	<ul style="list-style-type: none">• Preguntas evocadoras• Reforzamiento positivo
e) Asignar de tarea el informe de resultados obtenidos en el plan semanal.	<ul style="list-style-type: none">• Ensayo conductual

La paciente llegó puntual a la sesión, misma que dio inició de forma habitual, comentando lo ocurrido en los días anteriores. En seguida, E.R. mencionó que no le había ido bien, y que se sentía mal al respecto, su malestar era evidente, por lo que de inmediato se indagó acerca de lo que había pasado.

La paciente comentó que la semana pasada su novio había tenido un accidente muy fuerte y que su vida había estado en riesgo, lo que la alarmó mucho en ese momento. Debido a la situación, decidió ir inmediatamente al lugar donde él se encontraba. Sin embargo, al llegar al hospital, se encontró con la supuesta esposa de F, y en ese momento descubrió que llevaban casados aproximadamente seis meses, tiempo en el que se supone que mantenía una relación con ella.

Señaló que ambas situaciones (enterarse del accidente y descubrir que F estaba casado), le resultaron impactantes, lo que la hizo sentir avergonzada, triste y engañada. Y mencionó que dicha situación terminó en un episodio de consumo. Para analizar lo ocurrido, se revisó el automonitoreo, mismo que se muestra a continuación (véase tabla 68).

Tabla 68.

Automonitoreo Diario: Sesión 17

FECHA	SITUACIÓN Descripción de la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó Indicando ¿dónde estaba?, ¿a qué hora?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	QUE HIZO PARA ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN	ABSTINENCIA O CONSUMO
Jueves	Vi a F, fuimos a comer y hablamos. Yo me sentía nerviosa por su reacción, pero era necesario que habláramos. Me hizo enojar que él siempre quisiera estar tomando. Cuando me fui, sí me sentí triste y frustrada, porque vi que él no quería cambiar, pero a la vez siempre me buscaba. Yo le volví a pedir tiempo.	Estuve tranquila antes de verlo, y tenía bien claro lo que quería que habláramos. Comimos y todo bien, después él se compró una cerveza. No me invitó, ni nada. No me dejé llevar por el momento, pensé en todo lo que había pasado antes con él, y el esfuerzo que yo sí he hecho para cambiar. Llegué a mi casa y me desahugué. Pensé en que tenía que respetarme yo misma.	Abstinencia
Jueves	F tuvo un accidente muy grave, casi a punto de morir. Me avisó uno de sus hermanos y fui a verlo al hospital, yo me sentía muy mal. Cuando llegué, ahí descubrí que tenía esposa, y que se había casado mientras andaba conmigo. Me sentí muy mal y muy estúpida. Sentí muchas cosas y me impacté mucho por todo. Uno de sus hermanos (el mismo que le avisó) me sacó de ahí y me llevó a un lugar a que me calmara, mientras esperábamos para saber qué pasaría con F. Estábamos en un bar y él me pidió de tomar.	Tomé porque pensé que me calmaría Yo estaba muy mal (llorando), muy impactada por todo. Su hermano me explicó las cosas. Intenté entender y calmarme, y después me fui de ahí. Pensé que no me iba a equivocar más (seguir tomando), por alguien tan basura como él. Pensé en lo que estaba haciendo y me sentí muy mal. Pensé en que no era posible que estuviera haciendo esto.	1 michelada (3-4 copas) y 3 vasos de cerveza (aproximadamente en 4 horas).

Se inició comentando la segunda situación que se muestra en el automonitoreo, ya que correspondía a la ocasión donde la paciente había consumido. Dicho episodio fue analizado a partir del análisis funcional.

En primer lugar, E.R. identificó los siguientes disparadores: tener muchas emociones negativas intensas a la vez (nerviosa, triste, impactada, decepcionada, engañada, preocupada), pensar que F podía morir, y sentirse avergonzada. También, señaló que el hermano de F fue insistente (le dijo que así se calmaría) al invitarle. Comentó que, en ese momento, la situación la rebasó y que todo le resultó muy sorprendente, y de entrada no le dio importancia a que fueran a un bar.

Ya involucrada en la situación, E.R. terminó bebiendo seis copas estándar. Sin embargo, mencionó que después de calmarse “reaccionó” y se sintió mal con ella misma por estar bebiendo y sobretodo en esas circunstancias, por lo que decidió irse de ahí.

Al indagar sobre las consecuencias que la paciente había tenido después de beber, comentó que se había sentido culpable, mal con ella misma, y peor de lo que ya se sentía. También, señaló se sintió preocupada y avergonzada de llegar a su casa oliendo a alcohol, y mencionó que, desde que entró, su exmarido se dio cuenta de lo que había pasado, y se molestó con ella por la situación. Sin embargo, pudo hablar con él y explicarle todo, él le ofreció su apoyo.

Al proporcionar una retroalimentación a la paciente, acerca de lo ocurrido, se mostró empatía en general hacia la situación que había vivido (enterarse del accidente de F y descubrir que estaba casado), al sentimiento que le había provocado y hacia la importancia que eso representaba en su vida.

En relación al consumo, se reconoció el que se haya detenido y que haya identificado los pensamientos que estuvieron presentes en ese momento, mismos que ubicó como una señal para actuar y retirarse. Así como, su capacidad para analizar la relación entre sus emociones y pensamientos, su conducta, y las consecuencias que tuvo. Cabe señalar que dicho episodio, no se abordó como un fracaso, a pesar de ser una caída en el mantenimiento de la abstinencia.

Retomando las consecuencias que la paciente había tenido, se destacó la importancia de aplicar las destrezas de enfrentamiento y enfocarlas a la resolución de conflictos o al manejo de sus emociones y pensamientos, cuando fuera necesario. Ya que eso le permitiría anticiparse a los disparadores. En ese sentido, se recapitularon algunos episodios en los que la paciente había manejado exitosamente emociones desagradables o invitaciones a beber, señalando que las acciones que había llevado a cabo, habían sido un factor clave para enfrentarse a la situación, sin el consumo.

Por otro lado, se consideró a dicho episodio como una oportunidad que le permitía a la paciente aprender al respecto, y no olvidar la importancia de reconocer la intensidad de sus emociones, fortalecer sus habilidades de rechazo al consumo y relajación. Al respecto, E.R. expresó su compromiso con ella misma para continuar con su meta de abstinencia y se le observó motivada para hacerlo.

Antes de concluir la sesión, se revisó el reporte de resultados correspondiente al plan semanal anterior, donde la paciente reportó que pudo llevar a cabo la tarea exitosamente. Señaló que puso en práctica las estrategias de enfrentamiento establecidas en el plan, apoyándose principalmente en la detención de pensamientos negativos y en las autoafirmaciones positivas que empleo (véase tabla 69).

Tabla 69.
Reporte de resultados del Plan Semanal de la sesión 16

¿Intentó hacer la tarea? **SI** NO

¿Fue exitoso el intento? **SI** NO

Comentarios: *No sentí ganas de tomar.*

¿Usted Usó? SI **NO**

¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?

Ya no verlo.

La sesión concluyó, asignando como tarea la destreza de solución de problemas, pidiéndole a la paciente que la revisara y que realizara el ejercicio práctico correspondiente.

3.5.1.18. Sesión 18: Fase de Mantenimiento – Solución de problemas (continuación).

Tabla 70.
Sesión 18

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Revisar el automonitoreo correspondiente.	
b) Trabajar en la destreza de Solución de Problemas, con el objetivo de que la paciente fortaleciera sus habilidades al respecto.	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha reflexiva • Análisis funcional • Expresar empatía
c) Preparar en conjunto con la paciente un plan semanal, para la exposición a una situación de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer resúmenes • Preguntas abiertas • Preguntas evocadoras
d) Asignar de tarea el informe de resultados obtenidos en el plan semanal.	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento positivo

La paciente se presentó puntual a la sesión, y desde su llegada se le observó más tranquila que la ocasión anterior. Se inició mencionando la agenda del día y preguntando a la paciente como se había sentido en los días anteriores, quién comentó que se había sentido mejor.

Posteriormente, se realizó la revisión del automonitoreo y se indagó acerca de alguna situación de riesgo ocurrida en la semana. Sin embargo, la paciente no reportó ninguna, y señaló que no había tenido intención ni deseos de beber. Únicamente, mencionó que había procurado seguir su rutina habitual y concentrarse en su trabajo, hacer sus ejercicios de relajación y ejercicio, para distraerse respecto a lo ocurrido con F, ya que en ocasiones se sentía decepcionada y enojada por lo que había pasado.

Al respecto, se le felicitó por aplicar dichas estrategias y se le motivo a continuar con ellas, para que eso la apoyara a mejorar su estado de ánimo. También se le reconoció que se haya mantenido sin consumo durante la semana.

En seguida, se comentó la destreza de solución de problemas, con la finalidad de fortalecer dichas habilidades en la paciente y apoyarla en su método para resolver conflictos. Al comentar el ejercicio práctico, E.R. señaló que, a pesar de resultarle un ejercicio sencillo, le sirvió para pensar en lo que tenía que hacer para plantearse soluciones y, sobre todo, evaluar sus pros y contras (véase tabla 71).

Tabla 71.
Solución de problemas.

<p>Aprender a resolver los problemas de una manera efectiva es una destreza. Usted puede usar las habilidades de solución de problemas para tratar con el uso de alcohol, así como con otros problemas de la vida.</p>	<p>EJERCICIO PRÁCTICO:</p> <p>Problema: <i>Romper cualquier contacto con F.</i></p> <p>a. <u>Romper con cualquier comunicación con F.</u> Pros: <i>Cerrar un círculo destructivo en mi vida, liberarme.</i> Contras: <i>sentir tristeza y pérdida.</i></p> <p>b. <u>Cambiar mi número de celular.</u> Pros: <i>que él no me pueda buscar ni insistir.</i> Contras: <i>Recuperar mis contactos.</i></p> <p>c. <u>Pedirle que me entregue cosas más y me pague lo que me debe.</u> Pros: <i>terminar mis pendientes con él y no tener pretextos para que me busque.</i> Contras: <i>Ir a su casa y ver a su familia.</i></p>
<p>Hay tres pasos generales que son las claves para resolver los problemas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifique el problema. Exponga el problema usando el yo en las declaraciones. Si el problema que usted identifica es muy grande, divídalo en pequeñas partes. 2. Enliste y evalúe las soluciones. Haga una lluvia de ideas. 3. Analice los pros y contras de cada solución. 	

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente, en la revisión de la destreza de Solución de Problemas. 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 trabajó en la elaboración del plan semanal, donde se preparó una situación sugerida por la paciente, a la cual se enfrentaría en la semana. Sin embargo, antes de establecer el plan de enfrentamiento se le preguntó acerca de la confianza que tenía para enfrentarse a dicha situación. E.R comentó que, a pesar de no ser una situación sencilla para ella, consideraba que podía hacerlo. Durante realización del plan, la paciente fue participativa y se mostró comprometida para llevarlo a cabo.

Tabla 72.

Plan semanal Fase de Mantenimiento: Sesión 18

EXPOSICIÓN PRE-PLANEADA A UNA SITUACIÓN DE RIESGO

Describe la situación Disparadora: *Ir a la casa de la familia de F, para recoger dinero que me deben. Sus hermanos probablemente estarán tomando y tal vez me inviten.*

Experiencia Planeada

¿Cuándo? *El domingo*

¿Dónde? *En la casa de F*

¿Quién estará presente? *Sus hermanos y su mamá*

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

Negarme a tomar, con seguridad, voy a decir “no gracias”. Si insisten, voy a ir directo al tema al que voy.

Voy a apoyarme en mis pensamientos “eres fuerte y haz podido dejar de tomar” “yo ya no tomo”.

No voy a dejarme llevar por mis emociones y voy a detener los pensamientos negativos o de enojo que vengan.

No voy a suponer lo que ellos piensan de mí, voy a recordar porque estoy ahí y nada más.

Al salir de ahí voy a llevar a mis hijas con su papá, así que voy a pensar en mis responsabilidades.

Sobre todo voy a tener presente mi decisión de no tomar y el cambio que he hecho.

Practicar mis ejercicios de relajación antes de salir de mi casa.

3.5.1.19. Sesión 19: Fase de Mantenimiento – Rechazo del alcohol.

Tabla 73.

Sesión 19

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Revisar el automonitoreo correspondiente.	
b) Revisar el reporte de resultados del plan semanal anterior.	
c) Trabajar en la destreza de Rechazo del alcohol, con el objetivo de que la paciente fortalezca sus habilidades de rechazo al consumo de alcohol.	<ul style="list-style-type: none">• Escucha reflexiva• Expresar empatía• Hacer resúmenes• Preguntas abiertas• Preguntas evocadoras
d) Preparar en conjunto con la paciente un plan semanal, para la exposición a una situación de riesgo.	<ul style="list-style-type: none">• Reforzamiento positivo• Ensayo conductual
e) Asignar de tarea el informe de resultados obtenidos en el plan semanal.	

La sesión comenzó de manera habitual, con la llegada puntual de la paciente. Al indagar al respecto de lo ocurrido durante la semana. E.R. comentó que poco a poco iba “asimilando” lo que había pasado con F, y que ya se había encargado de romper cualquier contacto con él, lo cual la hacía sentir con mayor fortaleza para superar lo ocurrido.

Posteriormente, se inició con la revisión del automonitoreo de la semana (véase tabla 74), donde la paciente únicamente reportó la situación que se había anticipado en el

plan semanal, por lo que se revisó conjuntamente con el reporte de resultados correspondiente.

Tabla 74.
Automonitoreo Diario: Sesión 29

FECHA	SITUACIÓN Descripción de la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó Indicando ¿dónde estaba?, ¿a qué hora?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	QUE HIZO PARA ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN	ABSTINENCIA O CONSUMO
Domingo	Fui a la casa de F por el dinero que me debían y otras cosas. Me sentía tranquila y con ganas de ya resolver eso para no verlos más. Estaban tomando cerveza, y me invitaron (los hermanos de F). Antes de darme mis cosas, uno de sus hermanos me insistió a tomarme una cerveza y platicar de F. Yo nada más pregunté cómo estaba y ya.	<p>Cuando me dieron mis cosas me fui. Yo no acepté nada de tomar y fui muy firme, tampoco quise hablar de nada con su familia.</p> <p>Lo que más me ayudó fue recordarme lo bueno de mí y las ganas de darme mi lugar y respetarme, en todo.</p> <p>Pensé en mi decisión de no beber.</p> <p>Cuando salí intenté ya no pensar en todo eso y me fui directo a mi casa.</p>	Abstinencia

E.R. mencionó que pudo llevar a cabo la tarea, con un resultado exitoso. Y señaló que presentarse en la casa de F, e interactuar con su familia, fue una situación muy incómoda para ella. Así mismo, consideró que la invitación insistente para beber, por parte de un hermano de F, fue lo más complicado a lo que se enfrentó. Sin embargo, destacó que en ningún momento tuvo intenciones de beber (véase tabla 75).

Las principales estrategias que la paciente utilizó fueron, negarse al consumo, utilizar autoafirmaciones positivas, pensar en su decisión de no beber y detener los pensamientos negativos. En ese sentido, se le felicitó por el resultado obtenido y por el esfuerzo que mostró para aplicar el plan y obtener un resultado positivo.

Tabla 75.
Reporte de resultados del Plan Semanal de la sesión 18.

¿Intentó hacer la tarea? **SI** NO

¿Fue exitoso el intento? **SI** NO

Comentarios: *Ninguno.*

¿Usted Usó? SI **NO**

¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?

Creo que nada.

Posteriormente, se revisó la destreza de rechazo al consumo alcohol, con la finalidad de que la paciente fortaleciera sus habilidades al respecto y para que contara con mayores alternativas para negarse al consumo. En ese sentido, se discutió con la paciente sobre “la presión social” y derecho personal que constituía negarse al consumo. Y se realizó un ensayo conductual de la situación que la paciente señaló en el ejercicio práctico.

A continuación, se muestran las sugerencias de enfrentamiento que fueron proporcionadas a la paciente, así como el ejercicio práctico correspondiente (véase tabla 76).

Tabla 76.

Rechazo al consumo de alcohol

<p>Cuando usted dejó de usar alcohol u otra droga, una de las situaciones de más alto riesgo que puede experimentar es cuando alguien le ofrece una bebida o instiga para usar otra 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 u otras drogas:</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. 	<p>EJERCICIO PRÁCTICO:</p> <p>¿En qué situaciones enfrentará el ofrecimiento de una bebida con alcohol?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Cuando me inviten compañeros de trabajo.</i> 2. <i>Cuando vaya a una fiesta.</i> <p>¿Qué hará, pensará o dirá en cada una de estas situaciones?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Voy a decir “ya no tomo, gracias”, pensaré en las consecuencias que he tenido otras veces por tomar con gente del trabajo.</i> 2. <i>Voy a decir que ya no tomo, y que prefiero tomar otra cosa, y me distraeré platicando o bailando. Voy a pensar en el tiempo que llevo sin beber y en el bienestar que he tenido de mantenerme así.</i>
--	--

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente, en la revisión de la destreza de Rechazo al consumo de alcohol. 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.

Antes de concluir la sesión se elaboró el plan semanal correspondiente y se trabajó en la situación que se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 77.

Plan semanal Fase de Mantenimiento: Sesión 19

EXPOSICIÓN PRE-PLANEADA A UNA SITUACIÓN DE RIESGO

Describa la situación Disparadora: *Salir con amigos de trabajo, es cumpleaños de uno de ellos. Va a haber alcohol y seguramente me invitaran, porque casi nadie sabe que ya no tomo. Yo me voy a sentir con ganas de distraerme un rato, aunque más bien pensaré en que estoy ahí por lo bien que se ha portado G (persona del cumpleaños) conmigo.*

Experiencia Planeada

¿Cuándo? *Sábado*

¿Dónde? *A la casa de uno de ellos*

¿Quién estará presente? *Gente del trabajo, algunos con los que me llevó y otros no, y mi amiga J.*

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

Negarme totalmente a cualquier invitación, decir que ya no tomo por cuestiones personales y de salud.

Pensar en las razones por las que no voy a tomar con gente del trabajo, sobretodo en estos momentos.

Recordar los logros que he tenido otras veces.

Reconocer mis emociones y estar al tanto de mis pensamientos.

Recordar como me he sentido cuando no he bebido.

La sesión concluyó, mencionando a la paciente que la siguiente ocasión, se trabajaría con una destreza para apoyarla con el sentimiento de pérdida que tenía por la ruptura con su pareja.

3.5.1.20. Sesión 20: Fase de Mantenimiento – Enfrentamiento del pesar.

Tabla 78.

Sesión 20

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Revisar el automonitoreo correspondiente.	
b) Revisar el reporte de resultados del plan semanal anterior.	
c) Revisar la destreza de enfrentamiento del pesar (enfocada a la ruptura de su relación de pareja), con la finalidad de que la paciente identifique sus reacciones emocionales ante la pérdida, y los pensamientos y sentimientos asociados. Así como las nuevas conductas que puede llevar a cabo.	<ul style="list-style-type: none">• Escucha reflexiva• Expresar empatía• Hacer resúmenes• Preguntas abiertas• Preguntas evocadoras• Reforzamiento positivo
d) Preparar en conjunto con la paciente un plan semanal, para la exposición a una situación de riesgo.	
e) Asignar de tarea el informe de resultados obtenidos en el plan semanal.	

La paciente se presentó puntual a la sesión, misma que dio inicio comentando lo ocurrido durante la semana. E.R. señaló que en general las se había sentido bien. En relación a su ruptura con F, mencionó que sentía que iba mejorando.

Posteriormente, se revisó el automonitoreo correspondiente, donde la E.R. solo registró la situación que se había anticipado en el plan semanal (véase tabla 79).

Tabla 79.
Automonitoreo Diario: Sesión 20

FECHA	SITUACIÓN Descripción de la situación más riesgosa (impulso, deseo intenso, tentación) que experimentó Indicando ¿dónde estaba?, ¿a qué hora?, ¿con quién?, ¿alguien estaba presente?, ¿qué estuvo haciendo, sintiendo y pensando? y ¿qué paso?	QUE HIZO PARA ENFRENTAR ESTA SITUACIÓN	ABSTINENCIA O CONSUMO
Sábado	Fui a la fiesta de G, estuve ahí solo un rato, porque tenía que cuidar a mis hijas. Me sentía bien, pero no estaba muy a gusto, estaba pensando en asuntos de mi casa. Había poca gente del trabajo. Yo estuve con mi amiga J. Si me invitaron a tomar como tres veces.	Tenía claro que no quería tomar, le expliqué a G que ya no tomaba, y con los demás solo me dije que no quería. Si recordé otras veces que había empezado a tomar con los del trabajo y noté lo diferente de las cosas. Me sentí bien de estar así, y de ser responsable con mis hijas.	Abstinencia

La paciente comentó que la situación había sido significativa para ella, ya que antes no hubiera pensado que se mantendría sin beber en una situación como esa. Lo cual le dio confianza para ocasiones posteriores. También comentó que, a partir de lo ocurrido con F, revaloró su decisión de dejar de beber y pensó en las consecuencias que había tenido en el pasado.

Al respecto, la felicité por el logro obtenido y destacué el empeño que ella puso en aplicar las destrezas revisadas a lo largo de tratamiento e incorporarlas a su actuar en la vida diaria.

Tabla 80.
Reporte de resultados del Plan Semanal de la sesión 19.

¿Intentó hacer la tarea? **SI** NO

¿Fue exitoso el intento? **SI** NO

Comentarios: *Me sentí bien de llegar a mi casa sin tomar, la situación fue muy significativa para mí.*

¿Usted Usó? SI **NO**

¿Qué intentaría hacer diferente la próxima vez?
Disfrutar más confiada el momento

Como se mencionó, la paciente reportó un resultado exitoso, y señaló que aplicó la mayoría de las estrategias establecidas en el plan de enfrentamiento, como, rechazo al consumo, autoafirmaciones positivas, pensar en las consecuencias negativas de ocasiones

anteriores de consumo, reconocimiento de sus pensamientos, e identificación de consecuencias positivas experimentadas en ese momento.

Para continuar con la agenda del día se comentó la destreza de enfrentamiento del pesar o duelo, con la finalidad de apoyar a la paciente en la ruptura de su relación de pareja. Con dicha estrategia, se identificaron las reacciones emocionales (sentimientos y pensamientos) que se presentaban de manera natural en un proceso de cambio o pérdida. Y se plantearon respuestas “positivas” hacia el sentimiento de pérdida.

Finalmente, se mencionó a la paciente que el tratamiento se encontraba en la última etapa, por lo que en las sesiones siguientes se trabajaría en un ejercicio específico para anticipar posibles recaídas, así como en la realización de la post-evaluación correspondiente. E.R. estuvo de acuerdo y se concluyó agendando la siguiente cita.

3.5.1.21. Sesión 21: Fase de Mantenimiento – “Si yo fuera a recaer”.

Tabla 81.
Sesión 21

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Revisar el automonitoreo correspondiente.	• Escucha reflexiva
b) Trabajar sobre el ejercicio “Si yo fuera a recaer”, con la finalidad de anticipar una situación de riesgo y las estrategias correspondientes para evitar la recaída.	• Expresar empatía
	• Hacer resúmenes
	• Preguntas abiertas
	• Preguntas evocadoras
	• Reforzamiento positivo
	• Ensayo conductual

La sesión inició de forma habitual, con comentarios de la paciente respecto a situaciones ocurridas en el trabado. Al indagar sobre cómo se había sentido en los días anteriores, E.R. mencionó que, en algunas ocasiones, se sintió mal y pensó en la decepción que sentía hacia lo ocurrido con F. Aunque señaló, que pensar en los pros y contras de su relación (cuestionar los pensamientos negativos), le había servido para enfrentarlo y reflexionar sobre la situación. Al respecto, se le felicitó por haber aplicado dicha estrategia y se le motivó a continuar aplicando aquellas que le fueran de utilidad.

Posteriormente, se mencionó la agenda de día, y se revisó el automonitoreo de la semana. Sin embargo, la paciente no reportó ninguna situación de riesgo que se hubiera presentado en los días anteriores.

En seguida, se realizó en conjunto con la paciente, el ejercicio “Si yo fuera a recaer”, que tenía como objetivo anticipar una situación de alto riesgo, y que pudiera representar una recaída para la E.R.

Tabla 82.
“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.)

Si me sintiera muy preocupada por algo muy grave que hubiera pasado, a alguien que quiero o a mí y me sintiera sola en el problema. Me sentiría angustiada y pensaría en que todo pudiera resultar mal. Si tuviera alcohol cerca o me invitaran.

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

1. Llamar a alguien para contarle lo que pasa.
2. No tener alcohol cerca.
3. Alejarme de personas que pudieran invitarme.
4. Detenerme a ver cuál es el problema y que puedo hacer para resolverlo.
5. Cuestionar mis pensamientos, preguntarme si todo depende de mí, si es real que pude pasar lo peor.
6. Reconocer la intensidad de la ansiedad o la emoción que sienta y no dejar que mis pensamientos la aumenten, detenerlos
7. Buscar una solución viable al problema.
8. Recordar mi decisión de no tomar y todo lo que he hecho bien.
9. Pensar en las consecuencias negativas si bebo en ese momento, como sentirme peor, no resolver nada, preocuparme más, hacer más grande el problema.
10. Pensar que ha pasado en otras ocasiones y que hice para salir del problema.

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

95 % de confianza. Creo que todas las opciones son viables y las tendría presentes si una situación así pasara, porque quiero mantenerme sin tomar y no quiero pasar las consecuencias que tuve en otras ocasiones y volver a lo mismo. Aprendí que pudo dejar de tomar y eso me da confianza.

Nota: La tabla muestra la información proporcionada por la paciente durante la realización del ejercicio “Si yo fuera a recaer”. 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 el ejercicio, E.R. se mostró familiarizada con las estrategias que se plantearon, y expresó que tenía confianza en llevarlas a cabo, ya que había podido ponerlas en práctica en diversas situaciones durante el tratamiento. Reconoció que la situación que se planteaba, representaba cierta dificultad para ella, sin embargo, se consideró preparada para enfrentar una experiencia de ese tipo, sin el consumo de alcohol. Para reforzar el ejercicio se realizó un ensayo conductual sobre las estrategias propuestas para la situación que se había planteado.

Para concluir, se realizó un resumen de lo que se había trabajado y se destacó la importancia de anticiparse ante cualquier disparador que pudiera representar un riesgo para beber. Así mismo, se felicitó a la paciente por el compromiso y la motivación para poner en práctica las destrezas de enfrentamiento revisadas durante el tratamiento, lo cual le permitió incorporarlas a su vida diaria, y fortalecer aquellas con las que ya contaba.

3.5.1.22. Sesión 22: Fase de Mantenimiento – Post-evaluación.

Tabla 83.
Sesión 22

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Realizar una post-evaluación para identificar los cambios en el nivel de dependencia al alcohol, las situaciones de riesgo para el consumo, el nivel de ansiedad y depresión, y la confianza situacional.	<ul style="list-style-type: none">• Escucha reflexiva• Expresar empatía• Hacer resúmenes• Preguntas abiertas• Preguntas evocadoras• Reforzamiento positivo

La paciente se presentó algunos minutos tarde a la sesión, y mencionó que por cuestiones de trabajo le había sido imposible llegar a tiempo. E.R. no reportó ninguna situación de riesgo ocurrida en la semana, por lo que se mantenía en abstinencia.

Posteriormente, se introdujo a la paciente a la fase final del tratamiento, misma que consistiría en realizar una evaluación, para identificar los cambios en el nivel de dependencia al alcohol, las situaciones de riesgo para el consumo, el nivel de ansiedad y depresión, y la confianza situacional. E.R. estuvo de acuerdo y expresó su interés en conocer los resultados. Y en seguida, se inició con la aplicación de los instrumentos correspondientes, destacando la importancia y objetivo de cada uno. La paciente se mostró comprometida en sus respuestas a cada instrumento y no reportó dudas.

La sesión concluyó, agradeciendo la información proporcionada por la paciente y se comentó que la siguiente sesión se daría cierre al tratamiento y se continuaría con la aplicación de los instrumentos restantes.

3.5.1.23. Sesión 23: Fase de Mantenimiento – Alta.

Tabla 84.
Sesión 23

Objetivos	Estrategias Utilizadas
a) Revisar el automonitoreo correspondiente.	<ul style="list-style-type: none">• Escucha reflexiva• Expresar empatía• Hacer resúmenes• Preguntas abiertas• Preguntas evocadoras• Reforzamiento positivo
b) Aplicar los instrumentos correspondientes para evaluar los cambios en los problemas asociados al consumo y el nivel satisfacción de la paciente hacía el tratamiento.	
c) Realizar el cierre del tratamiento, comentando los logros obtenidos.	

La paciente se presentó a tiempo a la sesión, misma que dio inicio de manera habitual, comentando lo ocurrido durante la semana. E.R. mencionó que no se había presentado ninguna situación de riesgo, y que continuaba en abstinencia; de manera general, comentó que le había ido bien. En seguida, se mencionó la agenda del día, que

consistió en continuar con la aplicación de los instrumentos correspondientes y en dar cierre al tratamiento, comentando los logros obtenidos.

Después de haber aplicado los instrumentos correspondientes, se comentaron los resultados que se habían alcanzado en el tratamiento. Se inició hablando acerca del incremento en la autoconfianza para enfrentar situaciones de riesgo, y se mencionó el periodo de abstinencia que había alcanzado la paciente (nueve semanas, después de la recaída). En ese sentido, E.R. señaló que estaba satisfecha con lo que había logrado y consideró que las experiencias planeadas le habían servido para tomar confianza sobre sus habilidades de enfrentamiento.

Igualmente, se destacó la disminución en los niveles de ansiedad y depresión que había reportado, a lo que la paciente identificó el reconocimiento de la intensidad de sus emociones y el manejo de pensamientos automáticos, como dos de las principales estrategias de enfrentamiento que había aprendido para manejar las emociones negativas. Además, de no haber abandonado el tratamiento farmacológico.

En relación a los problemas asociados al consumo, se comentó un impacto positivo, reflejado en la disminución de discusiones con su familia, fortalecimiento de su red de apoyo, mejor cuidado y convivencia con sus hijas, mayor dedicación a sus actividades en el trabajo, disminución de situaciones que pusieran en riesgo su integridad, mayor cuidado de su apariencia personal y salud.

En cuanto a la satisfacción que la paciente reportó hacia el tratamiento, mencionó que el aprendizaje de las destrezas de enfrentamiento, la exposición planeada a situaciones de riesgo y el análisis de episodios de consumo a partir del análisis funcional, fueron los aspectos más útiles para ella.

Finalmente, se agradeció el compromiso y la constancia que la paciente mostró durante todo el tratamiento, y se destacó la confianza que tuvo al proporcionar información personal sobre las diversas áreas de su vida, lo cual enriqueció cada sesión y permitió proporcionarle el mejor servicio posible.

La sesión concluyó con el agradecimiento de la paciente, expresando su satisfacción hacia los resultados del tratamiento y acordando la fecha del primer seguimiento.

3.6. Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos al final del tratamiento, con respecto a los cambios reportados por E.R. en su patrón de consumo, autoeficacia, situaciones de consumo, problemas asociados, nivel de ansiedad y depresión, y satisfacción hacía el tratamiento recibido.

Como se muestra en la figura 4, el patrón de consumo durante el desarrollo del programa, fue en promedio, de 6.7 copas estándar por ocasión de consumo, con un total de consumo de 94 copas estándar en 14 días de consumo y 283 días de abstinencia. El consumo máximo en un episodio de consumo fue de 18 copas, mientras que el consumo mínimo fue de 1 copa, en 3 ocasiones.

Cabe destacar que, E.R. alcanzó un periodo de abstinencia de 9 semanas, después del último episodio de consumo, periodo que se mantuvo después de tres meses de haber terminado el tratamiento, de acuerdo al segundo seguimiento realizado (véase figura 4).

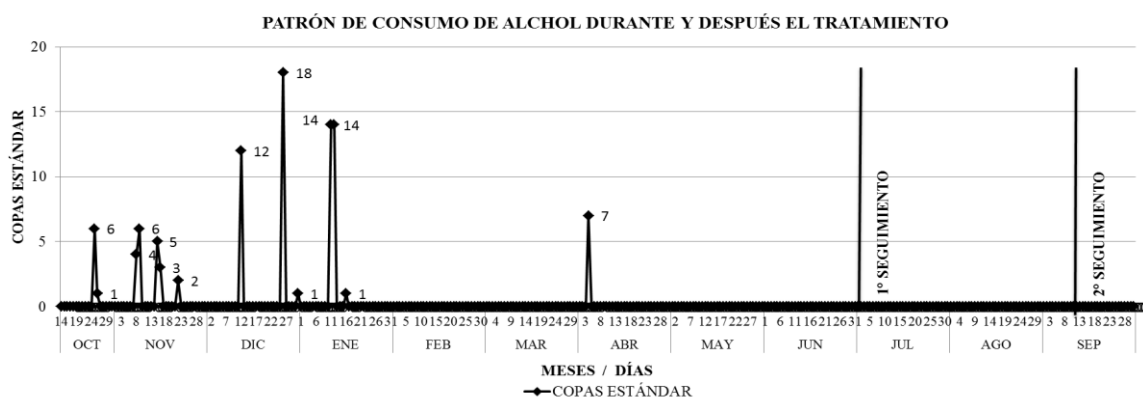


Figura 4. Patrón de consumo diario de E.R., reportado durante y después del tratamiento.

En cuanto a las situaciones de consumo de alcohol, E.R. reportó decrementos en las 8 categorías consideradas en el ISCD-50-A, obteniendo después del tratamiento los puntajes siguientes: probando el control personal (46.6%), presión social (33.3%), impulsos y tentaciones (13%), emociones desagradables (26%), momentos agradables con otros (40%), conflicto con otros (20%), malestar físico (6.6%), y emociones desagradables (36.6%) (véase figura 5).

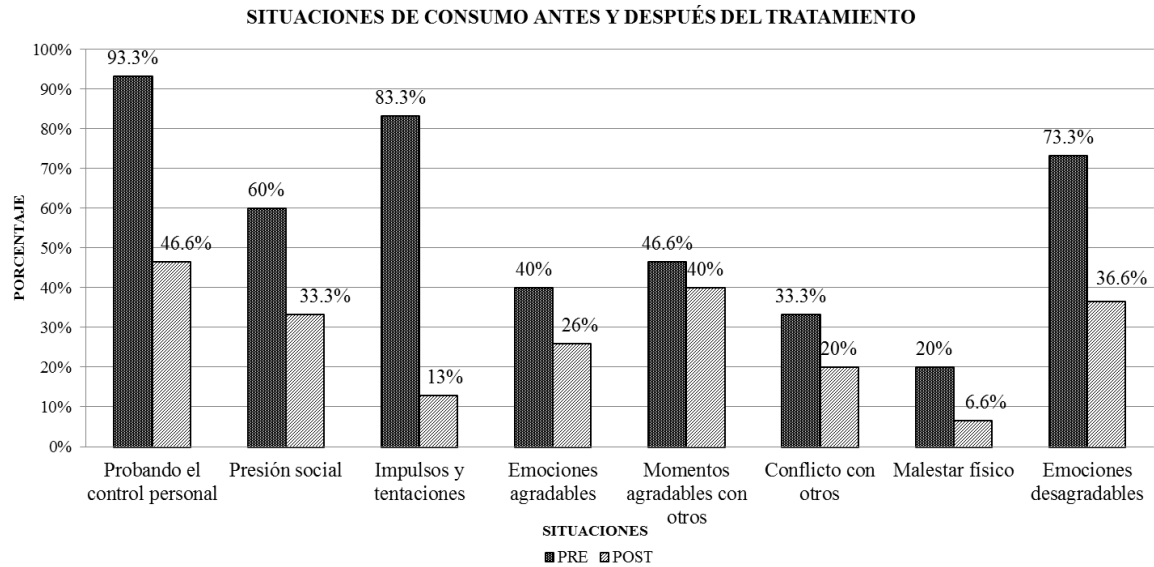


Figura 5. Situaciones de consumo de E.R., antes y después del tratamiento.

Por otro lado, de acuerdo al CCCD-A-50 la paciente reportó incrementos en su confianza para no consumir alcohol, en todas las situaciones. Los porcentajes obtenidos después del tratamiento fueron los siguientes: probando el control personal (83.3%), presión social (93.3%), impulsos y tentaciones (73.3%), emociones desagradables (84%), momentos agradables con otros (84%), conflicto con otros (92%), malestar físico (96%), y emociones desagradables (78%) (véase figura 6).

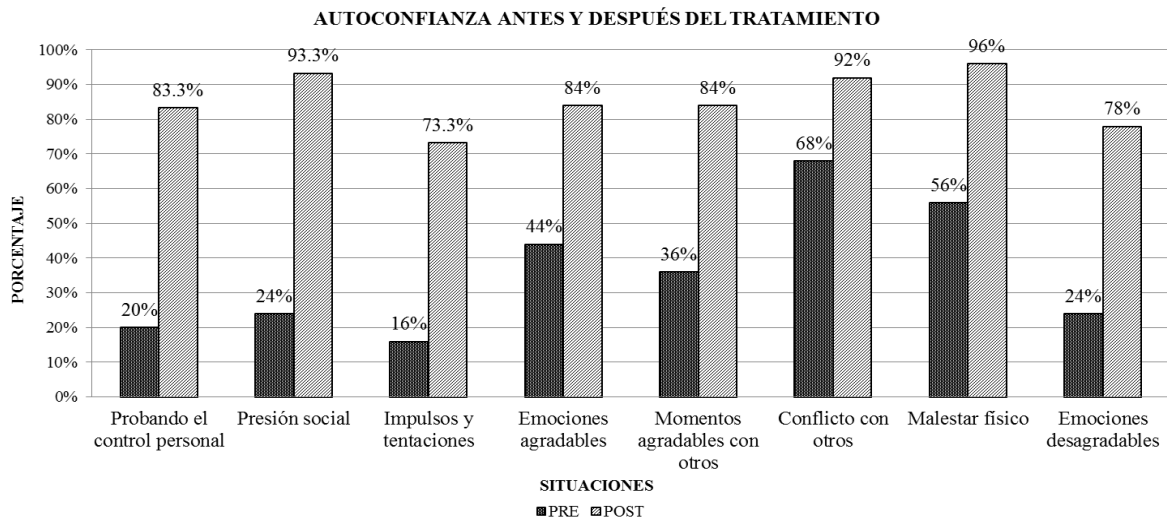


Figura 6. Autoconfianza para enfrentar las situaciones de consumo, antes y después del tratamiento.

Otro aspecto en el que la paciente reportó un cambio positivo, fue en la reducción del número de problemas asociados al consumo. De acuerdo a los datos reportados en el IPAR, E.R. experimentó 4 problemas: 1 o 2 veces, (descuidó sus responsabilidades; trató de

controlar su consumo de alcohol, bebiendo solo en ciertas ocasiones o en ciertos lugares; y se peleó, argumentó o se resintió con algún miembro de su familia) y de 3 a 5 veces tuvo un mal rato, debido a su consumo de alcohol.

Así mismo, se destacó la disminución en el nivel de ansiedad y depresión que tuvo E.R., presentando, al finalizar el tratamiento un nivel leve en ambos aspectos.

Por otro lado, la paciente señaló en el Cuestionario de Satisfacción del cliente que estaba satisfecha respecto al tratamiento que había recibido, ya que cubrió con sus expectativas y necesidades. Además, consideró “muy útil” el análisis de las situaciones pasadas de consumo de alcohol, el monitoreo diario de su consumo, y la asignación de habilidades de enfrentamiento. Y destacó la importancia que tuvo para ella, de haber realizado exposiciones planeadas a situaciones de riesgo, como experiencias que le permitieron “comprobar su capacidad de aplicar las destrezas que había aprendido”.

De acuerdo a lo anterior, se puede concluir un pronóstico favorable para la paciente, ya que además del periodo de abstinencia que reportó, se pudo identificar que incorporó las destrezas de enfrentamiento necesarias para ella a su repertorio conductual, lo cual incrementó favorablemente su autoeficacia ante situaciones de riesgo para el consumo de alcohol.

3.7. Seguimientos

3.7.1. Seguimiento a un mes

Debido a un periodo vacacional, el seguimiento a un mes de haber concluido el tratamiento, se realizó vía telefónica. Y se inició preguntando a la paciente acerca de cómo le había ido durante ese tiempo. En primer lugar, E.R. comentó que se había mantenido sin beber, lo cual, era uno de los principales logros para ella, además de haber puesto fin a cualquier vínculo con F. También, mencionó brevemente, que se ha mantenido estable en su trabajo y con una buena relación con su familia. Por lo que de manera general se había sentido bien.

Al indagar respecto a las situaciones de riesgo que se hubieran podido presentar, la paciente comentó que un par de ocasiones la habían invitado a salir con compañeros de la oficina, pero que se había negado sin ningún problema. Y solo en una ocasión salió a bailar con su amigo D, aunque tampoco bebió.

Las principales estrategias de enfrentamiento que reportó haber utilizado la paciente durante ese tiempo fueron: rechazo al consumo, relajación, detención del pensamiento, identificación y anticipación a los disparadores, y reconocimiento de sus emociones. Cabe señalar que E.R. mencionó que ha intentado apoyarse en ellas para manejar otras situaciones de su vida y no solo el consumo, lo que se le reforzó positivamente motivándola a seguirlas llevando a la práctica.

También indicó sentirse satisfecha con su estilo de vida en ese momento, y señaló que principalmente valoraba haber dejado de beber y mantenerse así, ya que eso representaba tranquilidad y mayor estabilidad en su vida.

Antes de concluir la llamada con la paciente, se reconoció el compromiso que mostraba para mantenerse en abstinencia, así como la aplicación de las destrezas de enfrentamiento. Finalmente, se agradeció su colaboración y se acordó la fecha aproximada para el próximo seguimiento.

3.7.2. Seguimiento a tres meses

Para el segundo seguimiento, la paciente acudió puntual a la sesión, misma que inició indagando acerca de cómo le había ido durante los últimos meses. E.R. comentó que en general se había sentido bien. Mencionó que continuaba trabajando de manera habitual, y que su situación laboral se había estabilizado. Así mismo, señaló que su situación familiar y la relación con su ex-esposo seguían “en orden”, destacó que se ha mantenido al cuidado de sus hijas, lo que la hacía sentir tranquila y satisfecha en ese aspecto.

En cuanto al consumo de alcohol, señaló que sí se le habían presentado algunas situaciones de riesgo. Por lo que en seguida se indagó al respecto a cada una. E.R. mencionó que la primera situación se dio un viernes al salir su trabajo, cuando algunos compañeros la invitaron a “ir por unos tragos”. Ella comentó que no sintió ganas de beber en ese momento, además de que se había propuesto no convivir demasiado en ese tipo de situaciones con gente del trabajo. E.R. mencionó que rechazó la invitación y a pesar de que le insistieron un poco, ella se sintió segura al negarse.

Una segunda ocasión ocurrió cuando salió con un amigo y fueron a bailar, E.R. comentó que antes se reunía con frecuencia con ese amigo y que siempre acostumbraban salir a bailar y beber. Sin embargo, en esta ocasión, la paciente comentó que aceptó salir con él, pero que se anticipó a decirle que ya no bebía alcohol. Refirió que su amigo la apoyó al respecto, y que solo estuvieron un rato en el lugar. Ella mencionó que no sintió antojo de beber, ya que pensó en otras situaciones donde se había sentido mejor sin hacerlo. E.R. mencionó que se sintió bien de poder disfrutar de un rato así, sin tomar alcohol.

En ese sentido, se felicitó a la paciente por haberse mantenido sin beber durante esas situaciones, y se destacaron las consecuencias positivas de haberlo hecho. Así mismo, se identificaron las destrezas de enfrentamiento que estuvo aplicando durante este tiempo: apoyo social, rechazo al consumo, manejo de pensamientos automáticos, solución de problemas, identificación y anticipación a los disparadores, y reconocimiento de sus emociones. Y se felicitó a la paciente por haberlas incorporado a vida diaria, y se le motivó a continuar poniéndolas en práctica en cualquier aspecto de su vida que fuera necesario.

Cabe mencionar que, la paciente se mostró familiarizada con la aplicación de las destrezas, lo cual indica que ha podido incorporarlas a su repertorio conductual cada vez más. Además de que reporta habilidad para identificar los posibles disparadores de su consumo y anticiparse a ellos utilizando dichas destrezas.

Finalmente, se indagó respecto a la satisfacción de la paciente con su estilo de vida, a lo que E.R. comentó que se sentía satisfecha, con el cambio realizado en cuanto a su consumo de alcohol, su desempeño en el trabajo y la atención a su familia. Y consideró que lo que podría mejorar son sus relaciones de pareja.

La sesión concluyó destacando el mantenimiento de los logros obtenidos por parte de la paciente y agradeciendo su asistencia a la sesión, además de acordar la fecha aproximada del siguiente seguimiento.

CONCLUSIÓN GENERAL

Considerando que el consumo nocivo de sustancias psicoactivas es un fenómeno de impacto mundial, en el que nuestro país no es la excepción, y a que dicha problemática constituye un problema de salud que se ha venido desarrollando a lo largo de los años, y que en la actualidad ha tomado mayor importancia, principalmente por el incremento en el consumo de algunas sustancias, por algunos sectores de la población, como las mujeres o las personas más jóvenes, así como por las consecuencias asociadas que experimenta la población (ENA, 2011; Media-Mora, et al, 2011; Romero, 2011; Villatoro, et al, 2012; OMS, 2014; WMA, 2015), y a lo descrito en el presente documento en el que se describió la aplicación de siete programas de corte cognitivo-conductual y motivacional, los cuales demostraron ser costo-eficientes, fáciles de instrumentar, y flexibles ante las necesidades de tratamiento dentro de la diversidad de la población atendida, lo cual permitió obtener resultados favorables en cuanto a la reducción del consumo de los participantes, la disminución de las situaciones de consumo que presentaban y el incremento en su autoeficacia para enfrentarse a situaciones de riesgo, principalmente, se puede concluir, de manera general que dichos programas constituyen un elemento fundamental para dar respuesta a dicha problemática, especialmente aquellos con un enfoque cognitivo-conductual y motivacional, ya que como se ha reportado en la literatura, diversos autores como Miller y Wilbourne (2001), Brown (2004), Carroll y Onken (2005), Secades, et al. (2007), Quiroga (2008), Kingdon y Dimech (2008), Magill y Ray (2009), Hoffman et al. (2012) y Lefio et al. (2013), entre otros, han señalado la eficacia de dichos programas para el tratamiento de las conductas adictivas.

En el caso específico de las intervenciones y tratamientos breves que se aplicaron (DIBADEU, TAGEU, IBBP, IBMF y PIBA), además de los resultados favorables ya señalados, se identificó que constituyen una opción de tratamiento adecuada para aquellas personas que se inician en el consumo de alguna sustancia, o que presentan una dependencia leve o moderada, o que tienen un consumo problemático. Tal y como se ha reportado en otros estudios, como los realizados por Bien, et al. (1993), Ayala et al. (1998), Poikalainen y Med (1999), Copeland et al. (2001), Quiroga (2003, 2008), Brown (2004), Seppa et al. (2004), Martínez, et al. (2008) y Fisher (2013), entre otros.

En el caso de los programas de tratamiento de mayor intensidad como el PEREU y el PSC, se identificó de manera general que el entrenamiento en las destrezas de enfrentamiento necesarias para cada paciente, a partir de un diseño de tratamiento individualizado, resultó un elemento fundamental para el éxito en las metas de tratamiento establecidas con los pacientes. A partir de lo anterior, cabe destacar la importancia de igualar las necesidades de atención que presentan los pacientes, con las opciones de tratamiento que reciben, lo cual constituye un elemento clave para alcanzar las metas de tratamiento.

Por otro lado, respecto al tercer apartado de este trabajo, donde se presentó la aplicación del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU), a una paciente con dependencia sustancial al alcohol. Los resultados obtenidos permiten concluir que el tratamiento fue efectivo y eficaz, ya que la paciente logró: reducir su consumo de alcohol en cantidad y frecuencia; reducir sus situaciones de consumo; incrementar sus niveles de autoeficacia para enfrentar situaciones de riesgo sin el consumo de alcohol; reducir el número de problemas asociados al consumo; entrenar a la paciente en las destrezas de enfrentamiento necesarias; y apoyarla para que identificara las conexiones entre su conducta, pensamientos y emociones, y su consumo de alcohol, entendiendo las funciones del consumo en su vida, lo cual le permitió adquirir habilidades para identificar y anticiparse a los disparadores de su consumo. Cabe mencionar que, a partir de lo reportado por la paciente, se identificó que logró incorporar las destrezas y estrategias de enfrentamiento que se trabajaron durante el tratamiento a su repertorio conductual, lo cual influyó de manera positiva en la mayoría de las áreas de su vida, principalmente en el aspecto familiar, personal y laboral.

Así mismo, como han señalado otros autores como Larimer, et al. (1999), Secades et al. (2007), Di Clemente, et al. (2011), Hendershot, et al. (2011) y Farabee et al. (2013). Los componentes incluidos en el programa, permitieron a la paciente adquirir diversas estrategias para reducir la probabilidad y severidad de una posible recaída después del cambio realizado en su conducta de consumo de alcohol.

Finalmente, en cuanto a mi experiencia de haber podido participar en la Residencia en Psicología de las Adicciones, considero que me permitió tener un importante crecimiento profesional, en gran parte por los conocimientos teórico-metodológicos adquiridos. Pero sobre todo por la práctica clínica realizada en la aplicación de los diferentes programas e intervenciones antes mencionados, lo que me permitió desarrollar habilidades terapéuticas y competencias profesionales específicas en el campo de atención a las adicciones. Y me parece importante destacar como dichos conocimientos y habilidades contribuyeron de manera significativa a prepararme en el campo aplicado, para tener las herramientas necesarias como profesional de la salud y poder desarrollar e instrumentar programas de intervención que puedan dar respuesta a las diversas necesidades de tratamiento de la población.

REFERENCIAS

- Abrams, D. B. & Niaura, R. S. (1987). Social learning theory. En H. T. Blane & K. E. Leonard (Eds.), *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*, (pp. 131-178). New York: Guilford Press.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 49-74.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996a). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ- 50). En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*, (pp. 72-80). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canada.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996b). Inventory of Drug-Taking Situations. En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek. *Structure Relapse Prevention. An outpatient Counselling Approach*, (pp. 28-36), Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996c). Structured relapse prevention: An outpatient Counselling approach. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Annis, H.M., & Graham, J.M. & Davis, C.S. (1987). *Inventory of drinking situations (IDS): User's guide*. Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto.
- Araque, F., López-Torrecillas, F., De los Riscos, M. & Godoy, J. F. (2001). Autoeficacia en padres de dependientes a opiáceos. *Adicciones*, 13(2), 131-138.
- Armitage, C. J. & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A review. *Psychology & Health*, 15(2), 173-189. doi:10.1080/08870440008400299
- Atlas Mundial de la Salud. (2015). Estilos de vida y factores de riesgo. Prevalencia de tabaquismo. Recuperado de: <http://www.atlasdelasalud.org/indicador.aspx?idindicador=37&idbloque=4>
- Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. V. L. y Gutiérrez, L. M. (1998a). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. Facultad de Psicología, UNAM y Ed. Porrúa. México.
- Baer, J. S., Stacy, A. & Larimer, M. (1991). Biases in the perception of drinking norms among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 580-586.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychological Association*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373.
- Bandura, A. (1994). Regulative function of perceived self-efficacy. En M. G. Rumsey, C. B. Walker & J. H. Harris (Eds.), *Personnel Selection and Classification*. Hillsdale, NJ; Lawrence Erlbaum Associates. pp. 261-271.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*, 13(4), 623-649. doi: 10.1080/08870449808407422
- Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Psychological science*, 10(3), 214-217.
- Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management*, 38(1), 9-44. doi: 10.1177/0149206311410606
- Barragán T. L., Flores, M. M., Morales, Ch. S., González, V. J., Martínez, R. M. A., Ayala, V. H., & Reild, M. L (2006). *Programa de satisfactores cotidianos para usuarios con*

- dependencia a sustancias adictivas: Manual del terapeuta*. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. México.
- Beck, A. T. (1990). *Beck Anxiety Inventory (BAI)*. The Psychological Corporation, a Harcourt Assessment Company.
- Beck, A. T. (1996). *Beck Depression Inventory (BDI): Second Edition*. The Psychological Corporation.
- Bien, T., Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Brow, J. M. (2004). The Effectiveness of Treatment. En: N. Heather & T. Stockwell (Eds.), *Treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 9-20). Gran Bretaña: TJ International Ltd, Padstow, Cornwall.
- Burke, R. & Stephens, R. (1999). Social anxiety and drinking in college students: A social cognitive theory analysis. *Clinical Psychology Review*, 19(5), 513-530.
- Carroll, K. M. & Onken, L. S. (2005) Behavioral Therapies for Drug Abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452-1460.
- Collins, R. L. & Marlatt, G. A. (1983). Psychological correlates and explanations of alcohol use and abuse. En B. Tabakoff, P. Sutker & C. Randall (Eds.), *Medical and Social Aspects of Alcohol Abuse*, pp. 273-308.
- Collins, R. L., Parks, G. A., & Marlatt, G. A. (1985). Social determinants of alcohol consumption: The effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 189-200.
- Copeland, J., Swift, W., Roffman, R. & Stephens, R. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 21, 55– 64.
- Degenhardt, L. & Hall, W. (2012). Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*, 379, 55-70.
- DiClemente, C. C. (1999). Prevention and harm reduction for chemical dependency: A process perspective. *Clinical Psychology Review*, 19(4), 473-486.
- DiClemente, C., Holmgren, M. & Rounsaville, D. (2011). *Addiction Medicine*, 765-782. doi: 10.1007/978-1-4419-0338-9_38,
- Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. & Marlatt, G. A. (1999). *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach*. New York: Guilford Press.
- Duthie, L. A., Baer, J. S., & Marlatt, G. A. (1991, November). High risk status and personal risk perception for alcohol problems among college students. Poster presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.
- Echeverría, L., Ruiz, G. M., Salazar, M. L., Tiburcio, M. A. & Ayala, H. E. (2012). *Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. México: Secretaria de Salud.
- Farabee, D., McCann, M., Brecht, M.L., Cousins, S., Antonini, V. P., Lee, A. B.,... Rawson, R. A. (2013). An Analysis of Relapse Prevention Factors and Their Ability to Predict Sustained Abstinence Following Treatment Completion. *The American Journal on Addictions*, 22, 206-211. doi: 10.1111/j.1521-0391.2012.00328.x
- Fisher, B., Dawe, M., McGuire, F., Shuper, P., Capler, R., Bilsker, D.,... Rehm, J. (2013). Feasibility and impact of brief interventions for frequent cannabis users in Canada. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 132–138. doi: 10.1016/j.jsat.2012.03.006
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
- Fromme, K., Stroot, E. & Kaplan, D. (1993). Comprehensive effects of alcohol: Development and psychometric assessment of a new expectancy questionnaire. *Psychological Assessment*, 5(1), 19-26.

- García, J. L. (2013). Actualidades del fenómeno de las adicciones. Información contextual básica para la comprensión de la problemática de las adicciones desde la perspectiva psicosocial. En: C. A. Carrascoza (Comp.), *Aspectos culturales, sociales y preventivos de las adicciones en México* (pp. 27-70). México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Goldman, M. S. (1994). The alcohol expectancy concept: Applications to assessment, prevention, and treatment of alcohol abuse. *Applied and Preventive Psychology*, 3(3), 131-144.
- Guerrero-López, C. M., Muños-Hernández, J. A., Sáenz, B. & Reynales-Shigematsu, M. (2013). Consumo de tabaco, mortalidad y política fiscal en México. *Salud Pública de México*, 55, 276-281.
- Halstead, W.C. (1947). *Brain and Intelligence: A quantitative study of the frontal lobes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Heartherton T., Kozlowski, L., Frecker, R. & Fagerström, K. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addictions*, 86, 1119-1127.
- Heather, N. (2004). Brief Interventions. En: N. Heather & T. Stockwell (Eds.), *Treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 117-138). Gran Bretaña: TJ International Ltd, Padstow, Cornwall.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H. & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(17), 2-17.
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Reviews of clinic psychology*, 1, 91-111. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833
- Hoffmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, 36, 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Hunt, G.M. & Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11(1), 91-104.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2011a). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2011b). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Tabaco. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2011c). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas Ilícitas. Recuperado de: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31.
- Kingdon, D. & Dimech, A. (2008). Cognitive and behavioural therapies: the state of the art. *Psychiatry*, 217-220.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S. & Marlatt, G. A. (1999). Relapse Prevention. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151-160.
- Lefio, L. A., Villaroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P. & Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panameña de Salud Pública*, 34(4), 257-266.
- Lira, J., Cruz, S. E. & Ayala, H. E. (2012). *Manual del Terapeuta para la aplicación de la Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF)*. México: Secretaría de Salud.
- Lira-Mandujano, J. (2002). Desarrollo y evaluación de un programa de tratamiento para la adicción a la nicotina. Tesis de Maestría. ENEP - Iztacala, UNAM.

- Lira-Mandujano, J., González-Betanzos, F., Carrascoza, C. A., Ayala, H. E. & Cruz-Morales, S. E. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32, 35-41.
- Magill, M. & Ray, L. A. (2009). Cognitive-Behavioral Treatment With Adult Alcohol and Illicit Drug Users: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J. Stud. Alcohol Drugs*, 70, 516-527.
- Mann, R. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Hart, D. M. (1985). Reliability of a family tree questionnaire for assessing family history of alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 61-67.
- Markland, D., Ryan, R., Tobin, V. & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and Self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(6), 811-831.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior Change. En P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine: Changing lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A. & Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 27, 867-886.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., Tucker, J. A., Donovan, D. M. & Vuchinich, R. E. (1997). Help-Seeking by Substance Abusers: The Role of Harm Reduction and Behavioral-Economic To Facilitate Treatment Entry and Retention. En: Onken, L. S., Blaine, J. D. & Boren, J. J. (Eds.), *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment* (pp. 44-84). U.S: National Institute on Drug Abuse.
- Martínez, K. I., Salazar, M. L., Jiménez, A. L., Ruiz, G. M. & Ayala, H. E. (2012). Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo Abusivo de Alcohol y otras Drogas (PIBA) Manual del Terapeuta. México: Secretaría de Salud.
- Medina-Mora, M. E., 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.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. Rafful, C., Gutiérrez, M. L., Moreno, M., López, M. A. & Rodríguez, C. (2011). ¿Cómo son las mujeres que pasan la barrera social? Un análisis de mujeres usuarias de drogas y alcohol en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008. En: M. P. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y Adicciones* (pp. 37-70). México: CENADIC.
- Miller, W. R. & Marlatt, G. A. (1984). *Brief Drinker Profile*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford.
- Miller, W. R. & Wilbourne, P. L. (2001). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S. & Longabaugh, R. (1995). *The Drinker Inventory of Consequences (DrInC) of Alcohol Abuse: Test Manual* (NIAAA Project MATCH Monograph No. 4, DHHS Publication No. 95-3911). Rockville, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Moreno, A. & Coutiño, B. (2013). Tabaquismo: más allá de un problema de salud. En: C. A. Carrascoza (Comp.), *Aspectos culturales, sociales y preventivos de las adicciones en México* (pp. 195-226). México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2014). Informe Mundial sobre Drogas. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Luxemburgo: World Health Organization.

- Organización Mundial de la Salud. (2015a). Alcohol. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Mundial de la salud. (2015b). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2015. Aumentar los impuestos al Tabaco. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la salud. (2015c). Tabaco. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- Parks, G. A., Marlatt, G. A. & Anderson, B. K. (2004). Cognitive-behavioral Alcohol Treatment. En: N. Heather & T. Stockwell (Eds.), *Treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 69-86). Gran Bretaña: TJ International Ltd, Padstow, Cornwall.
- Pedrero, J. E., (2002). Atribuciones en drogodependencias. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/265166331_Atribuciones_en_drogodependencias
- Poikolainen, K. & Med, S. (1999). Effectiveness of Brief Interventions to Reduce Alcohol Intake in Primary Health Care Populations: A Meta-analysis. *Preventive Medicine* 28, 503–509.
- Prochaska, J. O & DiClemente, C. C. (1984). Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Prog Clin Biol Res*, 156, 131-40.
- Quiroga, A. H (2008). Evaluación de un Modelo Cognitivo-Conductual Motivacional de Atención Escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. Tesis Doctoral. México. Facultad de Psicología. UNAM.
- Quiroga, A. H. (2003a). Entrevista Diagnóstica-Prescriptiva (EDP). Evaluación para Seleccionar y Derivar a Estudiantes Universitarios con Problemas de Alcohol a los Tratamientos Específicos de un Modelo Cognitivo Conductual Motivacional de Atención Escalonada. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. (Trad.) (2003b). Cuestionario del Árbol Familiar (CAF) Evaluación de la Historia Familiar de Problemas de Alcohol. 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 Mann, R. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B. & Hart, D. M. (1985). Reliability of a family tree questionnaire for assessing family history of alcohol problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 61-67.
- Quiroga, A. H. (Trad.) (2003c). Línea Base Retrospectiva para la evaluación del consumo de Alcohol (LIBARE-A). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México. D.F. Traducida y adaptada al español del original en lengua inglesa de Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2000). Alcohol Timeline Followback (TLFB). En American Psychiatric Association (ed.), *Handbook of psychiatric measures* (pp. 477-479). Washington, D.C., American Psychiatric Association., y de Sobell., L. C., & Sobell, M. B. (2003) Alcohol consumption measures. En J. P. Allen & V. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (rev. Ed.), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Quiroga, A. H. y Cabrera, A. T. (Trads.) (2003a). 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 del original en lengua inglesa de Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. & Marlatt, G. A. (1999). Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach. New York: Guildford Press.
- Quiroga, A. H. y Cabrera, A. T. (Trads.) (2003b). Índice de Problemas de Alcohol Rutgers (IPAR). 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 White, H. R. & Labouvie, E. W. (1989). Toward the assessment of adolescent problem drinking, *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 30-37.

- Quiroga, A. H. y Montes, C. V. (2004). TAGEU: Tratamiento de Auto-cambio Guiado para Estudiantes Universitarios Bebedores Problema con Dependencia Moderada: Resultados preliminares. Manuscrito no publicado. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. y 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 Guided Self-Change Treatment. The Guilford Press New York. London.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (2004). PEREU: Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con problemas de dependencia sustancial o severa al alcohol: Resultados preliminares. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003a). *Algoritmo de Compromiso para el Cambio (ACC-A)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Shoerber, R., & Annis, H. M. (1995). The Commitment to Change Algorithm for Alcohol (CCA-A): Psychometric properties. Manuscript in preparation.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003b). Cuestionario de Consumo de Alcohol (Escala de Dependencia al Alcohol-EDA). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Skinner, H. A., Horn, J. L., Wanberg, K., & FASTER, F. M. (1984) Alcohol Use Questionnaire (Alcohol Dependence Scale ADS). Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario. Canada.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003c). Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas – Alcohol (ISCD-A-50). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H. M. & G. Martin (1985). Inventory of Drug-Taking Situations. En H. M. Annis., M. A. Herie & L. Watkin-Merek, (1996). Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach, (pp. 28-36), Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canada.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.) (2003d). 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. Traducción y adaptación al español del original en lengua inglesa de Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach, (pp. 1-210). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá.
- Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.). (2003e). Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD-A-50). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H. M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50). En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach. (pp. 72-80). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá, 1996.

- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 211-218.
- Romero, M. (2011). Mujeres y adicciones, reflexiones desde una perspectiva de género. En: M. P. Romero, M. E. Medina-Mora & C. J. Rodríguez (Eds.), *Mujeres y Adicciones* (pp. 19-36). México: CENADIC.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. & Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.
- Seppa, K., Pekuri, P., Kaariainen, J. & Aalto, M. (2004). Intervenciones breves en alcohol como rutina diaria. Proyecto de investigación acción de directrices para atención primaria. *Adicciones*, 16(4), 1-8.
- Skinner, H. A. & Allen, B. A. (1982). Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 199-209.
- Skinner, H. A. & Horn, J. L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS)* users guide. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (2000). Alcohol Timeline Followback (TLFB). En American Psychiatric Association (Ed.), *Handbook of psychiatric measures* (pp. 477-479). Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Sobell, L. C., Sobell M. B. & Agrawal, S. (2009). Randomized Controlled Trial of a Cognitive–Behavioral Motivational Intervention in a Group Versus Individual Format for Substance Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 672-683. doi: 10.1037/a0016636
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Stajkovic, A. & Luthans, F. (1998). Social Cognitive Theory and Self-Efficacy: Going Beyond Traditional Motivational and Behavioral Approaches. *Organizational Dynamics*, 62-74.
- Villamarín, F. (s.f). Evaluación de las expectativas en las investigaciones sobre tratamientos psicológicos. Universidad Nacional Autónoma de Barcelona. 117-124.
- Villatoro, J. A., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C., Moreno, M., Robles, N., Bustos, M. Amador, N. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35(6), 447-457.
- Villatoro, J. A., Mendoza, M. A., Moreno, M., Robles, N. O., Fregoso, D., Bustos, M., Medina-Mora, M. E. (2014). Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de estudiantes, octubre 2012. *Salud Mental*, 37(5), 423-435.
- Vogel-Sprott, M. D., Chipperfield, B. & Hart, D. M. (1985). Family history of problem drinking among young male social drinkers: reliability of the family tree questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 16, 251-256.
- White, H.R. & Labouvier, E.W. (1989). Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI). Towards the assessment of adolescent problem Drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 30-37.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001-Mental Health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.