



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS

PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESTRUCTURADA
DE RECAIDAS EN UN ESTUDIO DE CASO ÚNICO
DEPENDIENTE DE ALCOHOL

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ADRIANA ALEJANDRA SANCHEZ OROPEZA

COMITE: DR. HORACIO QUIROGA ANAYA
DR. ARIEL VITE SIERRA
DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA
DRA. GEORGINA CARDENAS LOPEZ
MTRO. CELSO SERRA PADILLA



MEXICO, D.F.

2009

Facultad
de Psicología



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNAM.231

2009

-ej. 2

M-

TPs.

AGRADECIMIENTOS.

A mi Papá: Por darme la oportunidad de recorrer éste camino, por ser mi ejemplo de buen profesionista, superación y lealtad.

A mi Mamá: Por estar conmigo en cada paso, exigirme siempre dar lo mejor de mi y ser consejera incondicional.

A mi hermana Ileana: Por ser mi compañera de toda la vida.

A mi hermana Andrea: Por todas tus muestras de cariño, por ser la prueba de que con esfuerzo y dedicación todo se puede lograr.

A Eduardo: Por aparecer en el momento y lugar preciso. Por acompañarme en éste ciclo y empezar uno nuevo.

A Janis: Por compartir anécdotas, por ser confidente, simplemente por ser una amiga excepcional.

A Nayeli: Por brindarme tu amistad incondicional.

A todos ustedes... Los Quiero Mucho.

Al Dr. Horacio Quiroga Anaya: Por aconsejarme y hacerme ver que a pesar de la adversidad debo seguir luchando por lo que quiero.

A la Mtra. Ma. Guadalupe Vital Cedillo: Por tus consejos, por darme una herramienta muy valiosa para enfrentarme al mundo laboral, pero sobretodo por tu amistad.

A mis Revisores: Por darme un poco de su valioso tiempo para poder lograr ésta meta.

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL	5
SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO.....	13
CAPÍTULO 1. EL CONSUMO DE ALCOHOL	13
CAPÍTULO 2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO.....	16
CAPÍTULO 3. EFECTOS PSICOLÓGICOS Y FISIOLÓGICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL.....	19
EFECTOS DEL ETANOL EN ÓRGANOS Y FUNCIONES.....	23
TOLERANCIA Y DEPENDENCIA.....	29
CAPÍTULO 4. TRATAMIENTOS ENFOCADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL.....	31
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	31
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS.....	32
PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.....	42
CAPITULO 5. REPORTE DE CASO.....	54
RESULTADOS OBTENIDOS.....	86
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS.....	89
REFERENCIAS.....	91
ANEXO A.....	97

RESUMEN

La elevada prevalencia del consumo de alcohol, el amplio arraigo social de éste hábito, la escasa percepción de riesgo que genera su uso y la consolidación de un patrón de consumo muy extendido en la población juvenil ha venido acompañado de un conjunto de conductas de riesgo que añaden más peligrosidad a la propia ingesta de alcohol (Echeburúa, 2001).

La Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México ha realizado varios estudios a través del programa de Conductas Adictivas, para proponer diversos tratamientos encaminados a resolver de manera eficiente y eficaz la problemática del consumo de alcohol progresivo que se convierte en una adicción.

El presente trabajo es un estudio de caso de un paciente con dependencia leve al alcohol el cual, al comenzar el tratamiento, consumía aproximadamente de 12 a 15 copas estándar por ocasión ante situaciones de riesgo como el enojo y la tristeza, para lo cual se trabajaron destrezas, tales como: Solución de Problemas, Enfrentamiento de la Ansiedad y Manejo del Enojo.

El tratamiento que se dio estuvo basado en *La Prevención Estructurada de Recaídas (SRP por sus siglas en inglés Structure Relapse Prevention)* un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa, que brinda servicios de tratamiento de conductas adictivas para los pacientes que presentan algún problema de sustancial a severo de alcohol, tabaco y otras drogas. El tratamiento es individualizado, esto quiere decir que cada paciente recibe un tratamiento que está diseñado especialmente para el paciente en cuestión, tomando en cuenta sus capacidades y necesidades particulares. Cabe señalar, que al finalizar el tratamiento, el paciente moderó notablemente su consumo como lo había deseado.

DATOS GENERALES DEL PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL

El objetivo general del programa de servicio social dentro del Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM, es proporcionar al prestador el conocimiento de la estructura funcional de los subprogramas a nivel prevención y tratamiento que lo conforman.

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

- Revisión de los puntos a cubrir para la estructuración de reporte final del prestador.
- Proporcionar los artículos antecedentes clínicos en que el alumno se va a involucrar, en nuestro caso el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas.
- Supervisar que la inserción del prestador al programa sea óptimo.
- Revisión de los reportes mensuales de actividades.
- Evaluación del desempeño del prestador en las actividades asignadas.

Las actividades que el prestador debe desempeñar en su servicio social dentro del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas son:

- Realizar lecturas de comprensión del campo de las adicciones.
- Revisión bibliográfica de la Prevención Estructurada de Recaídas.
- Revisión del manual del programa de Prevención Estructurada de Recaídas.
- Entrega de reportes mensuales de actividades.
- Estructuración del marco de referencia para el reporte de actividades.

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

Por mucho tiempo se han utilizado numerosas drogas que han servido a la humanidad para un sin fin de eventos, tales como, actos religiosos, para curar malestares físicos, emocionales, psicológicos, etc.

El consumo de bebidas alcohólicas y sus problemas relacionados configuran uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país, ya que presenta una alta correlación con los accidentes de tráfico, la violencia doméstica, diversas patologías orgánicas y mentales, la siniestralidad, el ausentismo laboral y una serie de problemas que afectan al bienestar de los ciudadanos (Echeburúa, 2001).

Es por eso que se han realizado varios estudios en este tema para formular un plan de tratamiento cada vez más eficiente y eficaz, es decir; que vaya encaminado a la recuperación del paciente ante el consumo progresivo (Echeburúa, 2001).

La Facultad de Psicología de la UNAM, a través de diversos programas, busca de manera multifactorial hacer frente al problema de las adicciones en la población universitaria. Uno de dichos programas de investigación y tratamiento es el Programa de Conductas Adictivas, el cual brinda servicios de diagnóstico, prevención, orientación, tratamiento, rehabilitación y evaluación en conductas adictivas. Sus servicios se caracterizan por un abordaje científico y humano de alta calidad que se dirigen a la comunidad universitaria y al público en general que presenten o estén en riesgo de presentar algún problema de alcoholismo, tabaquismo o farmacodependencia.

OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

Exponer los logros de los conocimientos teóricos llevados a la práctica en pacientes reales.

Reportar los resultados obtenidos durante la intervención como terapeuta del Programa de Conductas Adictivas en un estudio de caso único dependiente de alcohol, bajo el enfoque cognitivo conductual y motivacional.

PROGRAMA DE CONDUCTAS ADICTIVAS

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

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

Objetivos: El programa principalmente se centra en cuatro aspectos:

1. Brindar servicios de prevención y tratamiento de conductas adictivas, que se caractericen por un abordaje científico y humano de alta calidad, a estudiantes

y trabajadores de la UNAM que presenten o estén en riesgo de presentar algún problema de alcohol, tabaco y otras drogas.

2. Desarrollar investigaciones que permitan determinar la efectividad, eficacia y eficiencia de los métodos, técnicas y procedimientos que conforman el programa en cuestión, de tal manera que posibiliten su evaluación y continuo refinamiento.

3. Formar recursos humanos de alto nivel en la investigación, enseñanza y tratamiento de conductas adictivas, que permita contar con profesionistas competentes que, eventualmente, coadyuven a la propagación de programas similares en todas las dependencias universitarias que así lo requieran, además de asesorar a las dependencias en el desarrollo de los mismos.

4. Difundir las actividades y los resultados de la instrumentación del programa, con el fin de compartir con psicólogos, profesionales de disciplinas afines y personas interesadas en el tema, sobre las experiencias y resultados en los campos del tratamiento de conductas adictivas.

Población a la que atiende: Está dirigido a la comunidad universitaria (estudiantes, personal académico y administrativo) con problemas actuales o potenciales en su consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, así mismo que deseen trabajar con terapeutas en consulta externa, hacia un cambio en el abuso de estas sustancias.

Tipos de programas que realiza: El Programa de Conductas Adictivas cuenta con los siguientes programas de tipo ambulatorio, para pacientes de consulta externa, de corte breve cognitivo-conductual y motivacional:

- Ψ Programa de Prevención y Educación sobre Drogas para Estudiantes Universitarios (PREEDEU; Quiroga, Mata y Vázquez, 2003).

- Ψ Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios (DIBAEU; Quiroga y Cabrera, 2003).
- Ψ Tratamiento de Auto Cambio Guiado para Estudiantes y Trabajadores Universitarios Bebedores Problema (TAGEU; Quiroga y Montes, 2003).
- Ψ Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes y Trabajadores Universitarios con Problemas Sustanciales y Severos de Alcohol y otras Drogas (PEREU; Quiroga y Vital, 2003).

Estos programas se encuentran articulados dentro de un Modelo Cognitivo Conductual y Motivacional de Atención Escalonada para el Tratamiento de Problemas de Alcohol, Tabaco y otras Drogas de Estudiantes y Trabajadores Universitarios.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

Las actividades realizadas durante el servicio social fueron encaminadas para formarme como terapeuta en el campo de las adicciones a un nivel básico de prevención, tratamiento y orientación.

Durante el tiempo de trabajo desempeñado dentro del Programa de Conductas Adictivas, se buscó de manera eficiente el tratamiento de usuarios, tomando en cuenta sus diferentes capacidades para el desarrollo de destrezas; para que así pudieran reingresar a las diferentes áreas de interacción de su vida cotidiana.

El programa de Tratamiento *PEREU* (trabajado durante el servicio social) está dirigido a estudiantes y trabajadores universitarios con problemas sustanciales y severos de alcohol y otras drogas.

El PEREU considera procedimientos tales como, la Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 1999), la cual es un método de asistencia directa centrada en el

paciente, que busca promover una motivación interna de cambio, dirigida a explorar y resolver contradicciones (ambivalencia) sobre conductas o hábitos que son perjudiciales para el paciente. Intenta aumentar la conciencia de los individuos sobre sus riesgos de salud y su capacidad para hacer algo al respecto. De esta manera se ayuda a que el usuario o paciente sea más consciente de su situación y sus deseos, se le facilita el cambio para que le resulte menos difícil el dejar su conducta habitual. Así mismo se busca que el paciente o usuario desarrolle destrezas de enfrentamiento ante situaciones de riesgo para el consumo de alcohol u otras drogas.

El PEREU emplea una serie de instrumentos que nos permiten saber cuestiones fundamentales acerca del consumo que tiene el paciente, para así poder llevar a cabo la evaluación oportuna de cada caso (paciente o usuario) y basándose en esto determinar un tratamiento personalizado, es decir; que se apegue a las necesidades y habilidades que tiene cada paciente.

Cada plan de tratamiento del PEREU tiene como objetivo cumplir la meta que el paciente pone de manifiesto, la cual puede ser reducción de su consumo, moderación o abstinencia del mismo. Para lograr la meta establecida se trabaja sobre destrezas, que el paciente en algún momento de su vida aprendió, pero que, debido a las circunstancias de su vida cotidiana ha olvidado de llevar a cabo, o bien que nunca desarrolló.

Las actividades que realicé en relación con el cronograma del servicio social fueron las siguientes:

Al iniciar el servicio social me integré al equipo terapéutico teniendo previamente un curso-taller de capacitación impartido por mi director y supervisor del Programa de Conductas Adictivas.

El curso-taller de capacitación tuvo una duración de 40 horas distribuidas en dos semanas, en las cuales se trabajó de la siguiente manera:

El curso-taller se dividió en dos módulos donde se expuso fenomenología, epidemiología, alternativas de tratamiento, comorbilidad, así como, los problemas asociados al consumo, conociendo términos, clasificación y características de las sustancias.

También se trabajó el programa de tratamiento de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes y Trabajadores Universitarios con problemas sustanciales y severos de alcohol y otras drogas, enfatizando que el plan de tratamiento es individualizado, es decir; tomando en cuenta las características, capacidades y necesidades de cada uno de los usuarios. Al mismo tiempo recibí capacitación para utilizar herramientas fundamentales como la entrevista motivacional, análisis funcional, balance decisional, etc. que fueron puestas a realizar durante la sesión con cada usuario.

El total de los casos atendidos como prestador de servicio social fueron siete, de los cuales uno abandonó el tratamiento a la mitad por motivo de falta de compromiso para el cambio, los demás fueron dados de alta por llegar a término su tratamiento.

Durante el segundo mes de prestación realicé una investigación sobre el alcohol, que incluye su historia, efectos y tratamientos que se han empleado para tratar el consumo excesivo, ya que desde hace varios años se ha convertido en un problema social, que no se reduce a un sólo sector de la población.

Elaboré material de difusión del Programa, estos fueron carteles que tienen el objetivo de invitar a los usuarios a asistir a la Facultad de Psicología para recibir información acerca del Programa de Intervención.

También asistí a una junta del CONADIC (Consejo Nacional Contra las Adicciones) donde se impartió una exposición sobre los accidentes provocados por personas que beben en exceso. Esto fue muy importante, ya que la información otorgada ha servido para difundirla a los pacientes y tratar de hacer conciencia de la responsabilidad de nuestros actos.

Una semana antes de dar por terminado la prestación del servicio social, apoyé al Programa en la difusión de los servicios que brinda y los requisitos necesarios para ingresar al Programa de Conductas Adictivas (Feria del Servicio Social y Bolsa de Trabajo, en la explanada de la Facultad de Psicología, UNAM).

SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO

CAPITULO 1

EL CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de sustancias que provocan una alteración de la conciencia forma parte desde la antigüedad, de rituales místicos y religiosos, en los que las percepciones y los estados de conciencia provocados por ellas se asociaban a formas de conocimiento y espiritualidad.

Se trata de una constante en la historia de la humanidad, que se extiende al menos desde los rituales órficos y dionisiacos y el culto al dios Baco de la Grecia antigua hasta la metáfora del vino como sangre de Cristo, la actitud mística del movimiento *hippy* o el consumo de drogas prohibidas dentro de la cultura de la marginalidad (SET, 2003).

Por lo que se sabe, desde los testimonios que hablan de tiempos prehistóricos hasta entrado el siglo XI de nuestra era, el consumo de bebidas alcohólicas se limitaba a una variedad muy estrecha de ellas, que eran elaboradas mediante procesos fermentativos sencillos. La mezcla más o menos amplia de cereales, la uva o las manzanas servían, de este modo, para la obtención y el consumo de cerveza, vino o sidra (SET, 2003).

La medicina hipocrática otorgó un papel fundamental a la dieta en la conservación, en la recuperación de la salud; es por eso que en los textos hipocráticos son frecuentes las referencias a las bebidas alcohólicas y su aplicación terapéutica.

Fue a partir de la Edad Media –al parecer en el siglo XI- cuando la tradición alquímica heredada por los árabes introdujo las técnicas de destilación mediante

el alambique para obtener, de este modo, *el espíritu del vino*, y este licor espirituoso destilado recibió el nombre árabe de *alcohol*.

Debido a su energía, su olor y sus propiedades embriagadoras, el alcohol destilado del vino recibió en unos casos la consideración de veneno patógeno, pero fue usado otras veces como medicamento y hasta se le consideró por algunos sanadores y médicos como una suerte de panacea o medicamento universal (SET, 2003).

La importancia comercial que los tradicionales laboratorios de alquimia y destilación alcanzaron a lo largo del siglo XVI, especialmente en la fabricación de perfumes, cosméticos, aleaciones y también de aguardientes, fue uno de los factores que, en el contexto de la vida urbana, incrementó indudablemente el consumo, ya que su venta dejó de restringirse a las boticas y se difundió por las plazas y mercados. De este modo, la embriaguez y los problemas agudos derivados del abuso del alcohol se pusieron de manifiesto como un problema social. Por otra parte, las técnicas de elaboración iban paulatinamente mejorando y la variedad de productos de destilación alcohólica iba en aumento, lo que incidía en el consumo y agravaba los efectos perniciosos del consumo de alcohol (SET, 2003).

La aparición de una industria de fabricación de cerveza en países como Gran Bretaña, la mejora en las técnicas de producción y comercialización, la expansión de las destilerías por el territorio europeo, el crecimiento demográfico y las grandes concentraciones de obreros en torno a los núcleos de crecimiento industrial son algunos de los factores sociales que dieron impulso al fenómeno del incremento espectacular del consumo de alcohol. Todas estas circunstancias hicieron nacer establecimientos donde se expedían bebidas alcohólicas, del estilo de tabernas, habitualmente frecuentados por hombres y vetados a las mujeres, que ocuparon un lugar importante en los momentos de ocio y evasión (Campos, 1997).

El consumo de alcohol, la embriaguez y el degradado ambiente tabernario incrementaron las peleas y agresiones, los delitos, los desequilibrios psíquicos y las conductas psicopáticas, provocando un conglomerado de circunstancias que pronto serían interpretadas como alarmantes por la naciente burguesía liberal europea. Se construyó así una imagen de las clases humildes y particularmente del obrero industrial asociada al vicio, el consumo insaciable de alcohol, la degeneración física y psíquica, la delincuencia y la locura.

Sin que apareciese explícitamente la noción del abuso en el consumo de alcohol, desde finales del siglo XVIII comenzaron a describirse síntomas y signos tan destacables como el *delirium tremens*, al tiempo que se empezaban a publicar obras médicas sobre los efectos del consumo de alcohol sobre la salud (SET, 2003).

A comienzos del siglo XIX, el consumo de bebidas alcohólicas se había empezado a transformar de algo familiar y privado, en un problema social, moral y médico-sanitario de gran envergadura. La aparición por esa misma época de las primeras obras de higiene privada y pública acentuó todavía más los efectos negativos del consumo de alcohol, añadiéndole la connotación moral del vicio y la degradación.

Algunas autoridades creen que antes que se produjesen bebidas alcohólicas con un alto grado de concentración de etanol, los problemas eran menos comunes.

Prácticamente cada cultura ha contribuido a enriquecer el catálogo mundial de sustancias alcohólicas generando alguna variedad distintiva. Las condiciones necesarias para hacerlo han acompañado al hombre en todo tiempo y lugar: frutas, vegetales o granos, agua y las famosas levaduras que son bacterias parasitarias de alimentos en proceso de descomposición (SET, 2003).

CAPÍTULO 2

EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO

La ingestión de alcohol es un proceso avalado culturalmente en la mayoría de la sociedad contemporánea, delimitada por la edad y el sexo. Salvo por razones de principios religiosos, filosóficos o de salud, el uso de alcohol es promovido y considerado como una práctica aceptada en diversos aspectos de la socialización del hombre (Torrens, 2001).

En México se cuenta con estudios que proporcionan información sobre prevalencia y patrones de consumo que dan a conocer variables que pueden influir en la etiología o en las consecuencias del consumo de alcohol y que contribuyen a identificar factores de riesgo, tales como la accesibilidad y la disponibilidad, normas sociales proclives al uso y actitudes favorables en relación con esta sustancia (Torrens, 2001).

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002) ha señalado que en la población urbana de nuestro país, existen 13'581,107 hombres (72.2% de la población urbana masculina) y 10'314,325 (42.7%) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los doce meses previos al estudio.

El 20.7% en la población urbana y el 10.3% en la población rural reportaron ser ex bebedores.

Del total de abstemios, el 5 % de los hombres y el 4 % de las mujeres habitan en zonas urbanas, el 10 % de los hombres y el 5% de las mujeres habitan en zonas rurales, y reportaron no haber bebido por miedo a padecer un problema y 6% reportó no beber por motivos relacionados con su religión (ENA, 2002).

La cantidad modal de consumo para las mujeres es de una o dos copas por ocasión de consumo, en tanto que para los varones urbanos es de 3 a 4 copas en tanto que para los rurales de 5 a 7 copas (ENA, 2002).

Los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión) (16.9% de esta población) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana (12.4%).

Los problemas más frecuentes entre los varones rurales y urbanos son haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en la población rural y 11.6% en la población urbana); en segundo lugar, los problemas con las autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% en la zona urbana y 3.7% en la zona rural), y el haber sido arrestados mientras conducían después de haber tomado, (3.2% y 2.4%, respectivamente).

El número total de bebedores en la población masculina disminuyó un poco el índice de bebedores de 77% a 72% en el período de 1988-2002. Se observó también una disminución de 16% a 12.4% en el índice de bebedores consuetudinarios pero el número de personas que cumplieron con el criterio de dependencia se mantiene estable en ambos estudios, con 9.6% y 9.3% respectivamente (ENA, 2002).

Estudios recientes han documentado la mayor participación de las mujeres en las prácticas de consumo y una disminución en la edad de inicio. Estas tendencias presumen un incremento en los índices de problemas junto con una ocurrencia a una menor edad y por tanto una mayor carga del problema para la sociedad (Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Bermúdez, et al, 2002).

El abuso de alcohol es un fenómeno endémico, es el principal problema de salud pública del país, en lo que se refiere a abuso de sustancias. De acuerdo con

la Organización Mundial de la Salud (OMS), el abuso de alcohol ocupa el cuarto lugar en el mundo entre 27 factores de riesgo, por debajo del bajo peso, sexo inseguro, la hipertensión y tabaquismo, en el peso global de la enfermedad medida en muerte prematura y días de vida sanos perdidos (WHO, 2002).

Debido al incremento de consumidores de alcohol es importante conocer los efectos psicológicos y fisiológicos que resultan del abuso de alcohol, ya que de ésta manera se puede conocer las consecuencias a corto y largo plazo del mismo.

CAPÍTULO 3

EFFECTOS PSICOLÓGICOS Y FISIOLÓGICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Contrariamente a lo que la mayoría de las personas creen, el alcohol no es un estimulante, sino un depresor del sistema nervioso central. Según Brailowsky (1995), las personas que suelen atribuirle al alcohol un aumento en su capacidad mental de hacer mejor ciertas cosas como hablar, bailar o crear, están equivocadas. Lo que ocurre en realidad es que bajo los efectos del alcohol, estas personas gozan de un lapso de desinhibición provocada por la depresión de mecanismos inhibitorios. Al disminuir la inhibición, los mecanismos de control momentáneamente ceden paso a la excitación.

A nivel psicológico, las dosis bajas (fase incipiente o leve intoxicación 50-100 mg% de alcohol) producen la sensación de elevar el estado de ánimo y relajar a la persona (Velasco, 1988).

En contraste, a nivel físico, el consumo de alcohol aumenta la frecuencia cardiaca, dilata los vasos sanguíneos, irrita el sistema gastrointestinal, estimula la secreción de jugos gástricos y la producción de orina (Brailowsky, 1995).

Las dosis medias (fase de intoxicación mayor con ebriedad incompleta-excitación y confusión 100-150 mg % de alcohol) (Velasco, 1988) alteran el habla, el equilibrio, la visión y el oído. Se tiene una sensación de euforia y se altera la coordinación motora fina, por lo que ya no es aconsejable conducir un automóvil ni manejar cualquier tipo de maquinaria.

Finalmente, en dosis altas (fase de intoxicación mayor o ebriedad completa-confusión, estupor, coma y muerte 300-400 mg %) (Velasco, 1988), los síntomas anteriores se agudizan y se alteran las facultades mentales y del juicio. Si el individuo continúa bebiendo puede ocurrir una pérdida del control motor en la que

se requiere ayuda para poder moverse y hay una evidente confusión mental (Brailowsky, 1995).

A partir de una concentración sanguínea de alcohol equivalente a beber más de 10 copas continuas (una copa estándar equivale a 1 onza o 13.5 g de alcohol puro), puede ocurrir una intoxicación severa; cualquier otro aumento en las concentraciones puede provocar desde inconsciencia hasta coma profundo y muerte por depresión respiratoria (Brailowsky, 1995).

Dentro de este contexto, Wechsler y Austin (1997, Citado en Quiroga, 2008) propusieron que la medida de género específica 5/4 copas debería ser considerada como el criterio o punto de corte para el *consumo episódico exceso*.

Rotgers y Davis (2006, Citado en Quiroga, 2008) señalan que el consumo excesivo se define en términos del número de copas por semana y que las cantidades específicas de consumo han variado de país a país, y de investigación a investigación. Conforme a investigaciones de la Addiction Research Foundation (ARF, 1993) el consumo de más de 14 copas a la semana o más de 4 copas por ocasión para los hombres y más de 9 copas a la semana o más de 3 copas por ocasión para las mujeres, constituye un consumo excesivo.

En México, se han adaptado estos niveles a los patrones de consumo locales por Medina-Mora, Carreño y Ortiz (1997), debido a que no es común beber alcohol diario, si embargo, es frecuente que se ingieran grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo. Los límites se establecen para el consumo semanal; así, se considera que un límite de bajo riesgo en una mujer, es no consumir más de 9 copas por semana y 12 si es varón, éste no debe de exceder a una copa por hora, ni a más de 4 por ocasión de consumo si se es varón y 3 si se es mujer. Ninguna si se está enfermo, tiene problemas con el alcohol, si se trata de una mujer embarazada o que planea concebir (Citado en Quiroga, 2008).

Varias pruebas de control de consumo de bebidas alcohólicas se basan en el consumo de dos o tres copas diarias. Se reporta que si se consume menos de estas cantidades, se tiene control personal sobre el consumo de alcohol (Tapia, 2001).

Los patrones de consumo de bebidas alcohólicas se estiman fundamentalmente con base en respuestas individuales en estudios sobre población general. Es evidente que los resultados y las percepciones acerca de qué tanto alcohol puede tomar un individuo "normal" son muy variables (Tapia, 2001).

El consumo de alcohol arriba de los límites de seguridad trae consecuencias a largo plazo como irritación del estómago y gastritis, daña el corazón al producir trastornos del ritmo cardiaco e incluso insuficiencia cardiaca; daña también el hígado, cuya consecuencia es la tan conocida cirrosis, una enfermedad causada por la pérdida de células hepáticas que disminuye la producción de bilis. Esto genera otros síntomas como mala digestión, pérdida de peso, constipación, etc (Brailowsky, 1995).

En lo que se refiere al sistema nervioso, el abuso de esta droga puede ocasionar serios trastornos mentales como pérdida de la memoria, deterioro del aprendizaje, inflamación de los nervios e incluso el llamado síndrome de Korsakoff, un estado psicótico caracterizado por la pérdida de la realidad (cuando al cuadro se unen desnutrición y deficiencias vitamínicas crónicas). Por otra parte, al ser ingerido por mujeres embarazadas el alcohol puede afectar al feto y producir malformaciones o retardo mental irreversible (Brailowsky, 1995).

Otra manera de enfocar el problema de consumo de alcohol es revisar la manera como se metaboliza en el ser humano.

En comparación con otras drogas, se requieren cantidades sorprendentemente grandes de alcohol para que aparezcan efectos fisiológicos, lo cual hace que su ingestión se parezca más a la de un alimento que al de una droga. El contenido de alcohol de las bebidas varía de 4 a 6% (volumen/volumen) para la cerveza, 10 a 15% para el vino y 40% o más para los licores destilados (Tapia, 2001).

La concentración sanguínea de alcohol está determinada por diversos factores, entre ellos la tasa de ingestión de bebidas alcohólicas, el género, el peso y el porcentaje de agua corporales, así como las tasas de metabolismo y de vaciamiento gástrico (Tapia, 2001).

El etanol actúa como agente perturbador inespecífico de la membrana neuronal alterando tanto su permeabilidad como las propiedades de sus componentes lípidos. Algunos efectos bioquímicos y conductuales, pueden deberse al incremento de la transmisión inhibitoria. El etanol afecta la transmisión de glicina, la cual es un neurotransmisor inhibitorio (Tapia, 2001).

La serotonina, la dopamina y la noradrenalina, parecen tener relación con la capacidad reforzadora del etanol en el mantenimiento de la conducta del beber. El etanol también altera otros procesos celulares de neuro-transmisión, a través de la modificación de la actividad enzimática de los sistemas de generación de "segundos mensajeros" (Tapia, 2001).

La vía de administración es oral, sin embargo la absorción puede llevarse a cabo en casi todas las mucosas del cuerpo (Tapia, 2001).

Después de ingerido el etanol se absorbe rápido en la corriente sanguínea desde el estómago y el intestino delgado y se distribuye en el agua corporal total (0.5 a 0.7 L/Kg de peso). Treinta minutos, aproximadamente, después de ingerir etanol con el estómago vacío surgen niveles sanguíneos máximos. La absorción

ocurre con mayor rapidez desde el intestino delgado que desde el estómago, y por tal motivo los retrasos en el vaciamiento gástrico (por ejemplo, por la presencia de alimento) indican absorción del etanol (Tapia, 2001).

Por el metabolismo de primer paso que efectúan las deshidrogenasas alcohólicas (*alcohol dehydrogenase*, ADH) de estómago e hígado, la ingestión de etanol hace que el nivel de alcohol en la sangre sea menor del que se mediría si se administrara por la vena la misma cantidad de alcohol. El metabolismo gástrico de etanol es menor en mujeres que en varones, lo cual puede contribuir a la mayor susceptibilidad de ellas al etanol (Tapia, 2001).

El alcohol se absorbe rápidamente por el tubo digestivo a nivel del estómago, intestino delgado y colon. Por vía de inhalación hacia los pulmones el tejido subcutáneo y la piel, son vías a través de las cuales el alcohol también puede ser absorbido (Tapia, 2001).

El alcohol se elimina por la orina y la vía respiratoria. La absorción completa puede requerir de 2-6 horas o más, pero esto depende del volumen y la concentración de la sustancia, presencia de alimento en el estómago y tiempo en que la bebida se ha ingerido (Tapia, 2001).

EFFECTOS DEL ETANOL EN ÓRGANOS Y FUNCIONES

Sistema Nervioso Central

Innumerables personas consideran que las bebidas alcohólicas son estimulantes, pero el etanol básicamente es un depresor del sistema nervioso central. La ingestión de cantidades moderadas de etanol, al igual que la de otros depresores, como barbitúricos y benzodiazepinas, puede causar acciones contra ansiedad y producir desinhibición del comportamiento con una amplia gama de dosis (Goodman, 2008).

Los signos individuales de intoxicación varían desde el efecto expansivo y vivaz hasta variaciones del estado de ánimo y arrebatos emocionales, no controlados, que pueden tener componentes violentos. Cuando hay intoxicación más grave, acontece un deterioro general de la función del SNC y por último prevalece un estado de anestesia general. De cualquier modo, hay poco margen entre las acciones anestésicas y los efectos letales (por lo general originados por depresión respiratoria) (Goodman, 2008).

Aparato Cardiovascular

En casi todos los países, el riesgo de mortalidad por cardiopatía coronaria se correlaciona con ingestión alta de grasa saturada en la dieta y concentraciones séricas altas de colesterol (Goodman, 2008).

Estudios epidemiológicos sugieren que el consumo difundido del vino por los franceses (20 a 30 g de etanol al día) es uno de los factores que confieren un efecto cardioprotector; una a tres copas al día da por resultado un decremento de 10 a 40% de riesgo de cardiopatía coronaria, en comparación con abstemios. En contraste, la ingestión diaria de cantidades mayores de alcohol conduce a un aumento de la incidencia de fuentes no coronarias de insuficiencia cardiovascular, como arritmias, miocardiopatías y apoplejía de origen hemorrágico, lo cual compensa los efectos beneficiosos del alcohol sobre las coronarias (Goodman, 2008).

Hipertensión

El consumo inveterado de alcohol puede causar aumento de la presión arterial diastólica y sistólica. Los estudios indican una relación positiva, no lineal, entre ingestión de alcohol e hipertensión, no vinculada con la edad, la educación, estado en cuanto a tabaquismo, o el uso de anticonceptivos orales (Goodman, 2008).

El consumo de más de 30 g de alcohol al día (más de dos copas estándar) se relaciona con un aumento de 1.5 a 2.3 mmHg de la presión arterial diastólica y sistólica. También se ha demostrado un efecto del tiempo: el incremento de la presión arterial diastólica y sistólica es mayor en personas que ingirieron alcohol en el transcurso de 24 horas antes del examen (Goodman, 2008).

Miocardiopatía

Se sabe que el etanol tiene efectos tóxicos (relacionados con la dosis) sobre el músculo tanto estriado como cardiaco. Muchos estudios han demostrado que el etanol puede deprimir la contractibilidad cardiaca y conducir a miocardiopatía (Goodman, 2008).

Alrededor de 50% de los individuos con miocardiopatía idiopática es dependiente de alcohol. Aunque los signos y síntomas clínicos de miocardiopatía idiopática y de la inducida por el alcohol son similares, esta última tiene mejor pronóstico si los pacientes dejan de consumir bebidas alcohólicas (Goodman, 2008).

Apoplejía

Los estudios clínicos indican una incidencia más alta de lo normal en la apoplejía de origen hemorrágico e isquémico en personas que consumen más de 40 a 60 g de alcohol al día (Goodman, 2008).

Muchos casos de apoplejías aparecen después de la ingestión a largo plazo de bebidas alcohólicas. Los factores causales propuestos son: 1) arritmias cardiacas y formación relacionada de trombos, 2) presión arterial alta y degeneración subsiguiente de arterias cerebrales; 3) aumentos agudos de la presión arterial sistólica, así como alteración del tono de las arterias cerebrales y

4) traumatismo craneoencefálico, inducido por consumo de alcohol (Goodman, 2008).

Músculo Estriado

El alcohol genera diversos efectos sobre el músculo estriado. La ingestión crónica, inveterada y cotidiana del alcohol se relaciona con decremento de la fuerza muscular, incluso cuando en los estudios se controlan factores, como la edad, el consumo de nicotina o la enfermedad crónica. Las dosis grandes de alcohol también generan daño irreversible del músculo (Goodman, 2008).

Temperatura Corporal

La ingestión de etanol causa una sensación de calor porque el alcohol aumenta el flujo sanguíneo cutáneo y gástrico. Tal vez también exista incremento de la sudoración. Por ende, se pierde calor con mayor rapidez, y la temperatura interna disminuye (Goodman, 2008).

Después del consumo de grandes cantidades de etanol, el mecanismo regulador de la temperatura central en sí queda deprimido, y el decremento de la temperatura corporal puede tornarse pronunciado. La influencia del alcohol sobre la disminución de la temperatura corporal es mayor y más peligrosa cuando la temperatura ambiente es baja. Estudios de muertes por hipotermia sugieren que en estos casos el alcohol es un importante factor de riesgo (Goodman, 2008).

Diuresis

El alcohol inhibe la liberación de la vasopresina (hormona antidiurética) desde la parte posterior de la hipófisis, lo cual da por resultado aumento de la diuresis. La carga volumétrica que acompaña a la ingestión de alcohol

complementa la diuresis que surge como consecuencia de una menor secreción de vasopresina (Goodman, 2008).

Tubo Digestivo

Esófago

El alcohol suele ser el factor causal primario o uno de múltiples factores causales vinculados con disfunción esofágica. El etanol también se relaciona con la aparición de reflujo esofágico, rotura traumática del esófago, desgarres y cáncer esofágico (Goodman, 2008).

Estómago

El consumo inveterado de alcohol puede alterar la barrera mucosa gástrica y causar gastritis aguda y crónica. Las bebidas que contienen más de 40% de alcohol también tienen un efecto tóxico directo sobre la mucosa gástrica. En tanto estos efectos se observan más a menudo en bebedores inveterados crónicos, puede ocurrir luego de ingestión moderada, o a corto plazo, o ambos, de alcohol.

Los síntomas clínicos incluyen dolor epigástrico agudo que se puede aliviar con antiácidos (Goodman, 2008).

Intestinos

Muchos consumidores de alcohol como resultado de mal absorción en el intestino delgado presentan diarrea crónica. Lo cual se origina por cambios estructurales y funcionales en el intestino delgado. Estos cambios suelen ser reversibles luego de un periodo de abstinencia (Goodman, 2008).

Páncreas

El consumo inveterado de alcohol es la causa más frecuente de pancreatitis tanto aguda como crónica en Estados Unidos. El consumo prolongado es frecuente en la mayoría de los afectados. La pancreatitis aguda de origen alcohólico se caracteriza por inicio repentino de dolor abdominal, náusea, vómito y concentraciones séricas o urinarias aumentadas de enzimas pancreáticas (Goodman, 2008).

Hígado

El etanol produce un conjunto de efectos nocivos, vinculados con la dosis, en el hígado. Los efectos primarios son infiltración adiposa del hígado, hepatitis y cirrosis. Debido a su toxicidad intrínseca el alcohol puede lesionar el hígado en ausencia de deficiencias de la dieta (Goodman, 2008).

La acumulación de grasa en el hígado es un acontecimiento temprano y puede ocurrir en individuos normales después de la ingestión de cantidades relativamente pequeñas de etanol.

La fibrosis, originada por necrosis de tejido e inflamación crónica, es la causa de la cirrosis de origen alcohólico. El tejido hepático normal queda sustituido por tejido fibroso (Goodman, 2008).

Vitaminas y Minerales

La falta casi completa de proteínas, vitaminas y casi todos los otros nutrimentos en bebidas alcohólicas predispone a quienes ingieren grandes cantidades de alcohol a deficiencias de la nutrición (Goodman, 2008). Los consumidores de alcohol suelen presentarse con estas deficiencias debido a

decremento de la ingestión o de la absorción, o bien; a alteraciones de la utilización de nutrimentos.

La neuropatía periférica, la psicosis de Korsakoff y la encefalopatía de Wernicke que se observan en consumidores de alcohol probablemente dependen de deficiencias del complejo B de vitaminas (en particular de tiamina), aunque no se ha excluido toxicidad directa producida por el alcohol en sí.

La ingestión crónica de alcohol ha sido involucrada en la osteoporosis. Aun no están claras las razones de este decremento en la masa ósea, aunque se ha relacionado la actividad osteoblástica alterada (Goodman, 2008).

Función Sexual

A pesar de la creencia difundida de que el alcohol puede mejorar la actividad sexual, se nota con mayor frecuencia el efecto opuesto. Muchas drogas de abuso, incluido el alcohol, tienen efectos desinhibidores que pueden conducir al principio a incremento de la libido. No obstante, con el consumo de altas dosis, a largo plazo, el alcohol suele dar pie a deterioro de la función sexual (Goodman, 2008).

TOLERANCIA Y DEPENDENCIA

El uso continuo o frecuente de ciertas drogas induce tolerancia, que se atribuye a tener que consumir cada vez más para conseguir los mismos efectos, en el caso del alcohol, el tejido nervioso se acostumbra de cierta forma a la presencia continua del mismo y el individuo va adaptándose a los cambios inducidos sobre el habla, la visión y el control motor. No obstante, esta adaptación desaparece en cuanto la concentración etílica alcanza niveles suficientes en el fluido sanguíneo (lo que acontece frecuentemente en casos de abuso) (Brailowsky, 1995).

El consumo de alcohol que va más allá de los límites de seguridad (4 copas estándar por ocasión para los hombres y 3 copas estándar por ocasión para las mujeres), provoca una dependencia que se presenta por un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativo (Velasco, 1988).

Cuando a lo largo de varios meses el organismo ha sido acostumbrado a ingerir por lo menos tres litros de cerveza o medio litro de licor fuerte todos los días, la supresión alcohólica puede presentar diversas manifestaciones que van desde ansiedad, temblores, irritabilidad e hiperactividad creciente, hasta delirium tremens: una psicosis orgánica grave que usualmente se manifiesta entre las 24 y las 72 horas posteriores a la ingestión de la última copa, aunque en ocasiones puede ocurrir hasta 7 o 10 días después. Se caracteriza por confusión mental, temblores, hiperagudeza sensorial, alucinaciones visuales (por lo general de serpientes, arañas o cualquier otro bicho), deshidratación, trastornos de la presión sanguínea, convulsiones y anormalidades cardiovasculares (Brailowsky, 1995).

CAPÍTULO 4

TRATAMIENTOS ENFOCADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

Debido a los problemas de alcohol y problemas relacionados con su consumo diversos tratamientos se han enfocado a abordar esta situación.

Existe una gran cantidad de opciones para tratar a las personas con su consumo de alcohol. Sin embargo, el primer paso para el tratamiento y reinserción del consumidor de alcohol a sus actividades cotidianas, es el reconocer que tiene un problema y que quiere solucionarlo (Torrens, 2001).

Se cuenta con varias opciones de tratamiento para los usuarios, entre ellos el tratamiento médico que incluye una desintoxicación bajo vigilancia especializada, además de ofrecer una terapia nutricional. También el tratamiento farmacológico en el cual se administran fármacos como el Disulfiram y la Naltrexona para minimizar efectos del consumo de alcohol, y por último el tratamiento de tipo psicológico entre los que se encuentran la terapia aversiva y el de tipo cognitivo-conductual. Todas ellas con un mismo fin, el bienestar del paciente.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

El método farmacológico de desintoxicación para consumidores dependientes de alcohol se basa en el hecho de que el alcohol, barbitúricos y benzodiazepinas provocan efectos similares en el cerebro, y por lo tanto, unos pueden sustituir a los otros. Debido a que las benzodiazepinas son las drogas más seguras de las tres, se interrumpe la ingestión de alcohol que se substituye por alguna benzodiazepina de larga duración, como por ejemplo el Valium con el fin de controlar el síndrome de abstinencia (Goodman, 2008).

Otro fármaco que se emplea para el tratamiento del consumo dependiente de alcohol es el Disulfiram (antabus). Se emplea para mejorar el régimen de

abstinencia y estándares de la farmacopea tales como anti-depresivos, ansiolíticos y otros psicotrópicos que se usan para tratar desórdenes profundos en el estado anímico, neurosis y psicosis asociadas a los síntomas que padecen los alcohólicos (Goodman, 2008).

El *disulfiram* es un fármaco usado para ayudar en el tratamiento del alcoholismo crónico, produciendo una reacción aguda al consumo de etanol (Goodman, 2008).

En un metabolismo normal, el alcohol se metaboliza en el hígado por la enzima alcohol deshidrogenasa, la cual lo transforma en acetaldehído, para ser procesado por la acetaldéhidó deshidrogenasa y dar como resultado un ácido acético inocuo. El disulfiram bloquea ésta última reacción, previniendo que se metabolice el acetaldehído y provocando, por tanto, que sus concentraciones plasmáticas aumenten de 5 a 10 veces. Ya que el acetaldehído es el responsable de la "resaca" alcohólica, el ingerir alcohol bajo los efectos del disulfiram produce una rápida e intensa resaca, mucho más grave e incluso peligrosa en pacientes con problemas cardiacos o hepáticos si no están asistidos, desde 5-10 minutos tras la ingestión del alcohol hasta un período que varía entre 30 minutos y varias horas. Los síntomas típicos de este exceso de acetaldehído incluyen taquicardia, respiración entrecortada, náuseas y vómitos, y en algunos casos puede llegar a causar la muerte (Sanna, 1993).

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Terapia aversiva

Se denomina terapia aversiva a un conjunto de técnicas en las que se utilizan eventos aversivos como elemento primordial para modificar la conducta.

La terapia aversiva se basa tanto en el paradigma de condicionamiento operante como el clásico. Los procedimientos operantes utilizados incluyen la

presentación, terminación o evitación de los acontecimientos aversivos contingentes a la conducta. De esta forma, el procedimiento incluye componentes respondientes y operantes (Torrens, 2001).

Muchas de las prácticas aversivas actuales utilizan la descarga eléctrica y agentes inductores de náuseas como estímulos aversivos (Torrens, 2001).

En la actualidad, existen varias formas de terapia aversiva. En la terapia aversiva basada en el condicionamiento clásico, los estímulos aversivos suelen ser eléctricos o químicos. También se utilizan a veces olores y sonidos desagradables (Torrens, 2001).

En la terapia aversiva basada en el condicionamiento operante se han utilizado consecuencias a la respuesta: castigo y aprendizaje de escape y evitación. Cuando se utiliza el castigo, por ejemplo, la conducta desadaptativa (como el consumo de alcohol) viene seguida por una descarga eléctrica. En el aprendizaje de escape y evitación el estímulo aversivo termina (escape) o se previene (evitación) cuando el individuo responde. La terapia se lleva a cabo normalmente en un hospital o en un laboratorio clínico, a menudo en presencia de aparatos experimentales especiales. Dentro del área de la Psicología esta terapia se lleva a cabo utilizando fármacos (como los que ya se han mencionado) produciendo una reacción aguda al consumo del alcohol (Torrens, 2001).

Terapia Cognitivo-Conductual

El enfoque Cognitivo-Conductual es una alternativa que cuenta con varias décadas de aplicación a los problemas de alcohol en la población en general. Sus orígenes se encuentran en la teoría conductual, que combina técnicas de condicionamiento clásico, de condicionamiento operante, en la teoría del aprendizaje social, en la que se privilegia la influencia del modelamiento, el papel de las expectativas cognitivas en la determinación de la conducta y en las

terapias cognitivas que se centran en los pensamientos, esquemas cognitivos, creencias, actitudes y atribuciones que influyen en nuestros sentimientos y median la relación entre los antecedentes y las conductas (Quiroga, 2008).

Las primeras teorías conductuales para el tratamiento de los problemas de alcohol eran de naturaleza no-mediacional. Por lo tanto, se centraban, casi exclusivamente, en conductas abiertas, observables y se consideraba que la comprensión de los antecedentes y de las contingencias de reforzamiento era suficiente para la comprensión y modificación de la conducta. Sin embargo, a través de los años, estas teorías conductuales empezaron a incorporar factores cognitivos en sus conceptualizaciones sobre los problemas de alcohol, de tal suerte, que los modelos más recientes son de naturaleza mediacional, esto es, se le atribuye un rol mayor a la interacción entre una variedad de variables sobre diferencias individuales, tales como a las creencias, valores, percepciones, expectativas y procesos atribucionales en la mediación del desarrollo y mantenimiento de los problemas de alcohol (Quiroga, 2008).

Aún cuando existe un número de similitudes entre la teoría conductual, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva, cada una ha contribuido con ideas propias que son consistentes en sus fundamentos teóricos. Sin embargo, en la mayoría de los escenarios de tratamiento para problemas de alcohol, las características prominentes de estas tres teorías se han integrado para dar lugar a lo que se ha denominado "Teoría Cognitivo-Conductual" o "Teoría de Aprendizaje Social", por lo que esta teoría representa la integración de los principios derivados de esas tres teorías, las cuales proveen las bases o fundamentos de este enfoque más comprehensivo e incluyente para tratar problemas de alcohol (Quiroga, 2008).

La *Teoría del Aprendizaje Social* (Bandura, 1982), se basa en la premisa de que la mayor parte de la conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo éste el producto de la interacción de factores

biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos. Esta teoría sostiene que 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, pero así mismo, es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo, por medio de la exposición a modelos que presenten conductas apropiadas de consumo (Citado en Quiroga, 2008).

En dicha teoría se incorpora el concepto de autoeficacia, como la autopercepción de la capacidad que tiene una persona para afrontar sus retos cotidianos. Las personas aprenden qué hacer y cómo actuar observando a los demás. Las conductas se refuerzan por las consecuencias positivas o negativas que aprecian (Bandura, 1982).

Asimismo, plantea que el funcionamiento psicológico se basa en la interacción recíproca del ambiente físico, social, el sistema cognitivo, afectivo y el sistema conductual. Hace énfasis en los mecanismos cognitivos que nos permiten aprender de nosotros mismos, de los demás y del mundo, y regular así nuestra conducta. Propone que tenemos cinco tipos de capacidades (Bandura, 1982):

1ª SIMBOLIZACIÓN.- Capacidad para representar simbólicamente el conocimiento, dirige la acción y genera alternativas.

2ª APRENDIZAJE VICARIO.- Capacidad de aprender habilidades, conocimientos, e incluso tendencias afectivas a través de la observación y del Modelado.

3ª ANTICIPACIÓN.- Capacidad de anticipar contingencias, consecuencias = EXPECTATIVAS. Establece metas. Tanto la simbolización como la anticipación van a determinar la conducta en un contexto determinado y compara las ventajas y desventajas de la generación de una conducta.

4ª AUTORREGULACIÓN.- Regula la conducta por medio de la evaluación. Son los estándares internos de autoevaluación. Si hay una discrepancia entre los estándares internos y las conductas realizadas, el individuo estará motivado para cambiar dichos estándares, la conducta o ambas. Capacidad para alcanzar metas y evaluar nuestras acciones.

5ª AUTORREFLEXIÓN.- Capacidad para pensar en uno mismo. Las expectativas de eficacia reflejan una estimación de que un individuo tiene suficiente dominio de las habilidades específicas para hacer frente a situaciones específicas.

Por otra parte, los juicios de eficacia influyen en la elección de acciones, en la perseverancia en una acción, en las atribuciones por el triunfo o por el fracaso, en la calidad, en la fortaleza de las reacciones emocionales durante la anticipación de un evento y en la actuación de la situación actual. También influyen las habilidades de aprendizaje preparatorias así como la habilidad para soportar el fracaso, es decir, la tolerancia a la frustración (Bandura, 1982).

La *Teoría Cognitivo-Conductual* sitúa a los comportamientos adictivos en una categoría de conductas inadecuadas que se adquieren y mantienen, principalmente, mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados del alcohol, la experiencia directa de los efectos del alcohol como reforzador positivo, reforzador negativo o castigo y la dependencia (Quiroga, 2008).

Considera que estos comportamientos son sujetos de cambio y pueden ser modificados por la aplicación de los principios de la *Teoría del Aprendizaje Social*. Un cuidadoso análisis del comportamiento inadecuado puede llevar a un plan de tratamiento que se centre en modificar las respuestas del individuo en su ambiente, enfatizando la responsabilidad que tiene éste en la elección de estas nuevas conductas, entrenándole en:

- Habilidades sociales y de competencia, manejo de la ira o el enojo.
- Búsqueda de nuevas alternativas de enfrentamiento.
- Reconocimiento anticipado de las consecuencias de la conducta, que permita la elección de conducta más adecuada.
- Manejo y establecimiento de metas.
- Desarrollo de capacidades de autorregulación y autoevaluación que permitan reflexionar acerca de las conductas, pensamientos e ideas propias (Quiroga, 2008).

De acuerdo con Carroll (1998) los ingredientes fundamentales de la terapia cognitivo-conductual son:

- o El análisis funcional de la conducta de abuso de sustancias.
- o El entrenamiento individualizado en el reconocimiento y enfrentamiento de la compulsión o deseos intensos de consumir con el manejo de los pensamientos acerca del abuso de la sustancia y solución de problemas que incluyen la planeación de emergencias, el reconocimiento de decisiones irrelevantes semejantes y el empleo de destrezas de rechazo.
- o La evaluación de los procesos cognitivos del individuo relacionados con el abuso de la sustancia.
- o La identificación e interrogación sobre situaciones de alto riesgo pasadas y futuras.
- o La motivación para tomar y repasar sesiones extra de instrumentación de destrezas y
- o La práctica de destrezas durante las sesiones.

Las ventajas de la terapia cognitivo-conductual son:

1. Es relativamente breve en su duración.
2. Es muy flexible en su instrumentación.

La terapia cognitivo-conductual emplea los procesos de aprendizaje para ayudar a que los individuos reduzcan su consumo de alcohol, a que reconozcan las situaciones en las que es probable que consuman alcohol, a que encuentren formas de evitar dichas situaciones, y los entrena a que enfrenten efectivamente situaciones, sentimientos y conductas relacionadas con su abuso de alcohol (Carroll, 1998).

De acuerdo con Rotgers (1996, Citado en Quiroga, 2008) para lograr esas metas terapéuticas, las terapias cognitivo-conductuales incorporan tres elementos fundamentales: 1.- el análisis funcional; 2.- el enfrentamiento en destrezas; y 3.- la prevención de recaídas .

Una terapia cognitivo-conductual dura entre 12 y 16 sesiones que se programan en 12 semanas.

Entrenamiento en Destrezas de Enfrentamiento

Dado que la teoría cognitivo-conductual postula que los consumidores con problemas de alcohol tienen déficits en habilidades de enfrentamiento, la enseñanza de estas destrezas constituye el núcleo de la terapia cognitivo-conductual (Carroll, 1998).

Las destrezas a enseñar pueden ser específicas al abuso de alcohol (p. ej., enfrentamiento del deseo intenso de consumir, el rechazar un ofrecimiento de alcohol) o dirigidas a áreas más generales de tipo interpersonal o emocional (p. ej., destrezas de comunicación, enfrentar el enojo o la depresión). También las destrezas pueden ser de naturaleza cognitiva conductual, o ser consideradas como esenciales, y por lo tanto, utilizadas por todos los individuos; mientras que otras destrezas pueden ser vistas como de naturaleza selectiva, y por lo tanto, sean seleccionadas para un individuo en particular con base en un análisis funcional. La habilidad para diseñar de manera individualizada el entrenamiento en

destrezas, de acuerdo a las necesidades del usuario, representa una de las fortalezas de la terapia cognitivo-conductual (Quiroga, 2008).

Las sesiones de entrenamiento en destrezas siguen un formato relativamente estandarizado. Al paciente se le proporciona una perspectiva de la sesión, describiendo el área que será abordada y los fundamentos o razones de la intervención específica que se empleará. Esto es facilitado por los lineamientos de destrezas que centran la atención en los aspectos más importantes del enfoque en su aplicación al consumo del alcohol. Después de discutir las cuestiones involucradas en la sesión, el terapeuta modela las destrezas de afrontamiento efectivas para el tema particular. Posteriormente, el terapeuta le pide al paciente que participe en el escenario del juego de roles en el que puede ensayar las nuevas conductas de enfrentamiento. El terapeuta proporciona retroalimentación y guía al paciente mientras éste continúa en el ensayo conductual. A menudo, los terapeutas asignan, entre una sesión y otra, tareas que le proporcionan al paciente la oportunidad de tratar, situaciones de la vida real, conductas aprendidas en las sesiones. La siguiente sesión inicia, usualmente, con una revisión de la tarea y reacciones del paciente ante la misma (Quiroga, 2008).

En situaciones relacionadas con el consumo de alcohol, el enfrentamiento “se refiere a lo que un individuo hace o piensa en una situación de crisis de recaída, así como para manejar el riesgo de un renovado consumo de alcohol” (Moser & Annis, 1996, p.1101, Citado en Quiroga, 2008).

Los déficits en las destrezas de enfrentamiento en los abusadores de alcohol pueden ser el resultado de un número posible de factores. Quizá nunca han desarrollado dichas destrezas, posiblemente porque el inicio temprano del abuso del alcohol deterioró el desarrollo de destrezas sensibles a la edad. Las destrezas de enfrentamiento, previamente desarrolladas, pueden encontrarse comprometidas por una dependencia en el consumo de alcohol, representado un

medio principal de enfrentamiento. Algunas personas emplean destrezas que son apropiadas para una edad más temprana, pero ya no son apropiadas o efectivas.

Otras cuentan con destrezas de enfrentamiento apropiadas pero éstas se encuentran inhibidas. En ausencia de estas destrezas, tales problemas son vistos como amenazantes, estresantes y potencialmente irresolubles (Carroll, 1998).

Con base en las observaciones del individuo sobre las respuestas de los miembros de la familia y de sus pares a situaciones similares y de su propio consumo inicial experimental de alcohol, el individuo consume la sustancia como un medio para tratar con estos problemas y a las reacciones emocionales que crea. Desde esta perspectiva, el abuso del alcohol es visto como una conducta aprendida que posee una utilidad funcional para el individuo – el individuo consume sustancias en respuesta a situaciones problemáticas, en un intento de enfrentar, en ausencia de destrezas de enfrentamiento conductuales, cognitivas y emocionales más apropiadas, por lo que la meta fundamental de la terapia cognitivo-conductual consiste en ayudar al individuo a que desarrolle y emplee destrezas de afrontamiento que manejen de manera efectiva las demandas de las situaciones de alto riesgo, sin tener que recurrir al alcohol como respuesta alternativa (Quiroga, 2008).

Por su parte Litman (1986, Citado en Quiroga, 2008) desde un enfoque cognitivo conductual identificó un número de estrategias que son protectores en contra de la recaída (Citado en Quiroga, 2008). Existen dos clases de conducta de enfrentamiento:

1. Evitación básica de situaciones que previamente se han asociado al consumo de alcohol.
2. Búsqueda de apoyo social cuando se confronta la tentación de beber.

En contraste, el dominio cognitivo también incluye dos categorías generales de enfrentamiento:

- a) el pensamiento negativo, o pensar acerca de todas las consecuencias negativas que han resultado del abuso de alcohol y un deseo de ya no experimentar estas.
- b) el pensamiento positivo, o pensar acerca de todos los beneficios que se derivan de estar limpio o sobrio y no querer perderlos.

Litman (1986) sugiere que estas estrategias de enfrentamiento operan de una manera secuencial. Inicialmente, cuando los individuos están intentando iniciar y estabilizar la abstinencia del alcohol, parecen apoyarse más fuertemente en las estrategias conductuales. A medida en que se incrementa el periodo de abstinencia, parece haber una transición de estrategias predominantemente conductuales a una mayor dependencia en métodos de enfrentamiento cognitivo (Citado en Quiroga, 2008).

Las estrategias de enfrentamiento tienen otras dimensiones. Pueden centrarse en la emoción, enfocarse en el problema o en la evitación. También existe una distinción entre aquellas estrategias de enfrentamiento general y aquellas que expresamente intentan enfrentarse a las urgencias, deseos intensos e intentos de consumir en escenarios asociados con abusos de alcohol en el pasado (Quiroga, 2008).

Otra dimensión importante de las estrategias de enfrentamiento, es la etapa anticipatoria (Shiffman, 1989). El enfrentamiento anticipatorio es empleado cuando uno anticipa e intenta planear cómo tratar con situaciones futuras. Toman la forma de "Qué puedo hacer si...". Hay también estrategias de enfrentamiento que son empleadas en el momento en que uno tiene que tratar con las situaciones difíciles relacionadas con el alcohol. Toman la forma de "Qué puedo hacer ahora...".

Finalmente, hay estrategias de enfrentamiento restauradoras que pueden ser empleadas si uno fracasa en enfrentar y se encuentra a sí mismo consumiendo en la situación. Estas toman la forma de "Qué puedo hacer ahora que ya he...". Son estas estrategias de enfrentamiento restauradoras que juegan un rol en determinar si una copa inicial escalará en una recaída total (Citado en Quiroga, 2008).

Prevención de Recaídas

Un tratamiento basado en el enfoque cognitivo-conductual es la *Prevención de Recaídas* (RP; *Relapse Prevention*, Marlatt & Gordon, 1985), la cual utiliza técnicas conductuales y cognitivas para intentar ayudar a los pacientes a desarrollar un mayor autocontrol con objeto de evitar recaídas (Torrens, 2001).

Un programa de prevención de recaídas que ha resultado muy efectivo en el tratamiento de consumidores de alcohol que presentan niveles de dependencia que van de sustancial a severo, es la *Prevención Estructurada de Recaídas* (SRP, por sus siglas en inglés Structure Relapse Prevention) desarrollada por Annis, Herie y Watkin-Merek (1996).

La Prevención Estructurada de Recaídas (SRP) se apoya en el análisis funcional, en la identificación de situaciones de alto riesgo de recaídas y en el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento. Trata directamente, con un número de cogniciones involucradas en el proceso de recaída y se centran en ayudar a que los pacientes adquieran una autoeficacia más positiva.

La SRP ha sido diseñada para las personas que:

1. Tienen un problema sustancial o severo de abuso de sustancia; y
2. Desean trabajar con un consejero, a nivel de consulta externa, hacia un cambio en su uso de alcohol y / u otras drogas.

La SRP se caracteriza por incorporar un número considerable de componentes que constituyen, hoy en día, el estado del arte de los tratamientos cognitivo-conductuales breves de consulta externa como son: a) La entrevista motivacional para el incremento de la motivación para el cambio, b) El análisis de costo-beneficios (balance decisional) para el cambio en el consumo, c) El énfasis en depositar la responsabilidad del cambio en el usuario en la determinación de su plan de tratamiento, d) La detección de la etapa de cambio en que se encuentra el usuario, e) La retroalimentación sobre los factores de riesgo para el consumo, f) La auto-selección de metas y objetivos terapéuticos por parte del usuario, g) El empleo del análisis funcional de la conducta, h) El monitoreo del progreso del usuario durante la terapia, i) La evaluación como un proceso paralelo a lo largo del tratamiento, j) El empleo de apoyos sociales para el mejoramiento del cambio, k) La identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo, l) El empleo de lectura y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol, m) El empleo de destrezas de enfrentamiento (Quiroga, 2008).

Asimismo, se basa en un modelo biopsicosocial (Donovan, 1996, Citado en Quiroga, 2008), en el cual existen múltiples factores que influyen sobre la conducta: factores biológicos (incluyendo influencias genéticas, celulares, neuronales y fisiológicas), factores psicológicos (incluyendo cogniciones e historia de aprendizaje), y factores sociales (incluyendo relaciones interpersonales y sistemas de apoyo social). Es un enfoque de tratamiento que se encuentra muy relacionado con el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento, dado que incorpora muchos elementos interpersonales e intrapersonales de entrenamiento en destrezas, con el fin de incrementar la habilidad del paciente para responder efectivamente a situaciones disparadoras que tienen alta probabilidad de despertar deseos intensos de consumir alcohol o de iniciar una recaída.

La SRP consta de 5 componentes principales:

1. Evaluación.
2. Entrevista Motivacional.

3. Plan de Tratamiento Individualizado.
4. Procedimientos de Consejo sobre Iniciación del Cambio.
5. Procedimientos de Consejo sobre Mantenimiento del Cambio.

1. Evaluación

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

- i) funcionamiento psicosocial;
- ii) historia del uso de alcohol y droga / problemas / consecuencias;
- iii) razones / compromiso para el cambio; y
- iv) fortalezas de enfrentamiento y debilidades.

Esta evaluación es complementada por una exploración detallada de los disparadores más problemáticos del cliente para el uso de alcohol y / o droga un año antes de entrar al tratamiento (los disparadores pueden involucrar estados de ánimo interno, situaciones ambientales y sociales que afectan a los clientes). La herramienta de evaluación recomendada para este propósito es el "Inventario de Situaciones para el Consumo de Droga (ISCD-50)" (Annis, et al, 1996).

2. Entrevista Motivacional

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

disparadores del paciente para el uso y las fortalezas que tiene de enfrentamiento (Annis, et al, 1996).

3. Plan de Tratamiento Individualizado

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

i) Proporcionar una orientación hacia el consejo de la SRP y acordar con el paciente la firma de un contrato del tratamiento;

ii) Una revisión por parte del paciente de los disparadores que tiene, específicos y recientes en el consumo de alcohol o de droga, en la que él decide una jerarquía personal de áreas de riesgo a ser empleadas durante el tratamiento, a través de una serie de tareas asignadas; y

iii) Establecimiento de meta y automonitoreo de disparadores por parte del paciente (Annis, et al, 1996).

4. Procedimientos del Programa para la Iniciación del Cambio

El programa de la SRP consta de las Fases de "Iniciación" y "Mantenimiento". La Fase de Iniciación se centra en las estrategias de consejo que se sabe son poderosas en la iniciación de un cambio conductual, mientras que la Fase de Mantenimiento se concentra en las estrategias con mayor potencial para el mantenimiento a largo plazo de este cambio (es decir, prevención de la recaída).

Los apoyos de Iniciación más importantes incluyen: la evitación de situaciones de riesgo para el uso del alcohol / droga; la coerción (por ejemplo, por

mandato legal); el tratamiento de hospitalización / residencial; medicación protectora (por ejemplo, Antabus); la involucración de un compañero u otra persona responsable; y un papel relativamente directivo por parte del terapeuta.

La Fase de Iniciación del Programa SRP implica típicamente cuatro sesiones. Se encuentran disponibles sesiones individuales y de grupo, se debe animar al paciente a tomar su tratamiento de elección (Annis, et al, 1996).

5. Procedimientos del Programa para el Mantenimiento del Cambio

En la Fase de Mantenimiento (es decir, la fase de prevención de recaída), se retiran gradualmente las ayudas usadas en la Fase de Iniciación, esto para enfocarse en las estrategias de enfrentamiento que dependan sólo del cliente. Las estrategias se diseñan para ayudar al cliente a desarrollar confianza (auto-eficacia), para empezar a ser capaz de enfrentar con éxito a los disparadores del uso de alcohol o droga. La planeación en la asignación de tareas involucra la exposición gradual a los disparadores que cada vez van incrementando su dificultad, animar a los clientes para que se anticipen a las situaciones identificadas de alto riesgo y practicar las nuevas estrategias de enfrentamiento propuestas en el consejo. La Fase de Mantenimiento del Consejo de SRP va de cuatro a ocho sesiones (Annis, et al, 1996).

Resultados de Tratamiento

Los resultados de los ensayos clínicos del Consejo de la SRP han mostrado que (Ver Annis, et al, 1996):

En el año siguiente al Tratamiento de SRP, la mayoría de los clientes redujeron dramáticamente el uso de la sustancia (por ejemplo, en un estudio, el consumo del alcohol se redujo a un octavo de los niveles de pretratamiento, o sea 87.5% de reducción) (Ver Annis, et al, 1996). En México los resultados muestran

una reducción en el consumo de alcohol del 77% (Quiroga y Vital, 2004; Quiroga, 2008).

El programa grupal puede ser igual de efectivo que el consejo individual.

Los pacientes con los perfiles de Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50), diferenciados funcionan mejor en el programa de la SRP que los pacientes con los perfiles indiferenciados.

Los pacientes con buenos resultados muestran una alta confianza (auto-eficacia) y hacen uso de estrategias de enfrentamiento cuando son enfrentados a situaciones de alto riesgo.

Entre mayor es el número y variedad de estrategias de enfrentamiento usadas por el paciente, menores son las probabilidades de recaída. Los resultados de encuestas de satisfacción del cliente indican que el 95% de los pacientes evalúan al programa como efectivo para ayudarlos a manejar sus problemas.

Existen diferentes situaciones en las que el paciente abusa del alcohol y otras drogas. Marlatt (1985) ha caracterizado un número de éstas situaciones, las cuales incluyen muchos escenarios emocionales, interpersonales y ambientales en los que las personas comúnmente abusan de sustancias; existiendo probabilidad de recaídas; por eso son llamadas situaciones de "alto riesgo".

La prevención de recaídas también hace énfasis en la importancia de preparar y planear formas de evitarla, o para que en caso de que la terapia falle se detenga el proceso de dependencia al alcohol, con daños mínimos (Quiroga, 2008).

La SRP también trabaja con la motivación dentro del componente Entrevista Motivacional, ya que una característica presente en los trastornos adictivos, como el abuso del alcohol, es la negación de la adicción (Quiroga, 2008).

Los pacientes tienden a negar (o, cuando menos a minimizar) el consumo abusivo de alcohol, a atribuirlo a exageraciones de los demás (echarle del trabajo, quitarle la custodia de los hijos, etc.) o a adoptar una actitud soberbia de autosuficiencia, con un aparente dominio de la situación (Becoña, 1998).

Es por esta situación que el paciente no muestra interés en someterse en tratamiento. De acuerdo con Echeburúa y Corral (1988) la motivación para la terapia constituye el reto más importante (Becoña, 1998).

No hay duda de que la ingesta excesiva de alcohol genera en la persona alteraciones graves (conductas inadecuadas, fracasos continuos, reproche por parte de los demás, déficit de autoestima, etcétera.) Una vez que el consumo se ha convertido en un problema, admitirlo y buscar ayuda no es fácil debido la falta de reconocimiento de la dependencia y a las ventajas inmediatas que se obtienen con la ingesta de esta sustancia. Hay veces que los bebedores acuden a la consulta por presiones externas, es decir, por problemas de tipo médico, por dificultades con la justicia o forzados por la familia o entorno laboral, sin un interés genuino por una modificación del estilo de vida (Becoña, 1998).

Por ello, la motivación para el tratamiento es el motor del cambio y la piedra angular del éxito en un programa de bebida controlada o de reducción de riesgos.

No se trata tan sólo de la motivación inicial para acudir a la consulta, sino de la motivación necesaria para mantenerse en el tratamiento y cumplir adecuadamente con las prescripciones terapéuticas (Becoña, 1998).

La aceptación del problema supone que *él solo no puede, pero sólo él puede hacerlo*. Los tres pasos en la aceptación del tratamiento por parte de un paciente son los siguientes:

1. El alcohol se ha convertido en un problema y, por ello, es preciso un cambio.
2. El paciente no es capaz de hacerlo por sí mismo en exclusiva, sino que necesita ayuda externa.
3. El reaprendizaje de unas pautas de bebida distintas y de un nuevo estilo de vida supone un esfuerzo inicial, requiere una vigilancia activa y precisa un adecuado nivel de seguimiento (Becoña, 1998).

El paciente va a estar realmente motivado cuando llega a percatarse de que los inconvenientes de seguir bebiendo superan a las ventajas de hacerlo. El terapeuta debe ayudar al paciente a lograr esa atribución correcta de la situación actual y a descubrirle las soluciones a su alcance (Rodríguez-Martos, 1999).

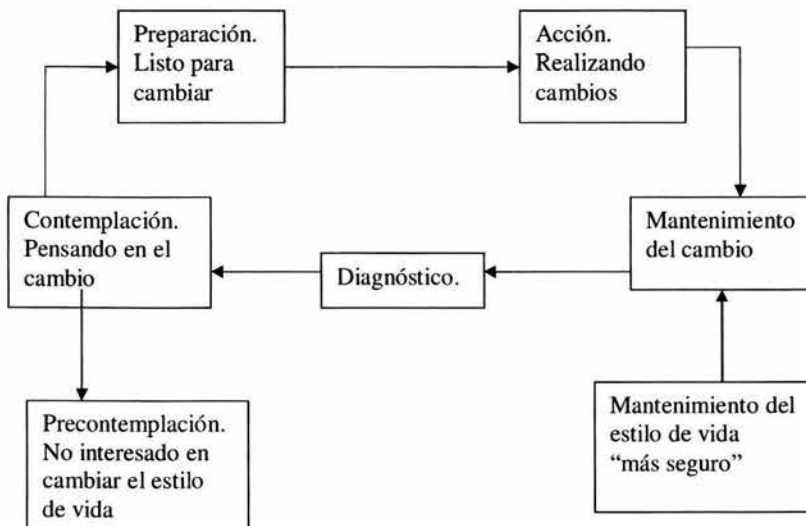
Fases del cambio

La rueda del cambio o teoría transteórica del cambio, es una buena herramienta para evaluar la disposición a un nuevo estilo de vida y para elegir la estrategia de aproximación al paciente. Según Prochaska y Di Clemente (1983), la motivación para el cambio consta de diversas fases:

- a) Falta de conciencia del problema (Fase de Precontemplación): el paciente se encuentra en una fase amotivacional en que no se percata del alcance del problema porque no lo vive como tal. Las ventajas de la dependencia a la bebida superan con creces a los posibles inconvenientes que pueden aparecer de vez en cuando.
- b) Valoración del problema (Fase de Contemplación): el paciente está pensando en el cambio, al menos en ocasiones, pero no está dispuesto a

hacerlo de momento. En este caso no se está interesado en modificar el estilo de vida arriesgado porque los inconvenientes de la situación actual no los percibe tan fuertes como para justificar el esfuerzo del cambio y de la búsqueda de un cambio mejor.

- c) Decisión de cambiar (Fase de Preparación): el paciente está listo para cambiar porque los inconvenientes de la vida actual son claramente superiores a los beneficios obtenidos. Es el momento adecuado para iniciar el tratamiento propiamente dicho.
- d) Inicio del cambio (Fase de Acción): el paciente está realizando cambios, con arreglo a las prescripciones terapéuticas.
- e) Mantenimiento del cambio (Fase de Mantenimiento): el paciente incorpora a su repertorio de conductas los cambios aprendidos. Estas nuevas conductas puede estabilizarse, lo cual lleva un cierto período de tiempo (de 3 a 12 meses), o verse afectadas por recaídas (Becoña, 1998).



En definitiva, el grado de disposición para el cambio viene indicado por la percepción, por parte del paciente, de la naturaleza de sus dificultades y por sus expectativas de mejorar su bienestar general (Becoña, 1998).

Cuando el paciente está en la fase de precontemplación (es decir, no dispuesto a cambiar), no tiene sentido intentar una terapia, al menos en este momento. Sin embargo, lograr motivar al paciente para que, al menos, acuda a entrevistas periódicas con el terapeuta y retenerlo en el tratamiento constituye un objetivo prioritario. La estrategia adecuada en este caso es establecer una buena relación terapéutica ganándose la confianza del paciente, informarle de los riesgos de continuar con las ingestas abusivas (patologías asociadas), relacionar el consumo del paciente con el consumo medio de la población y recomendarle unas pautas de bebida moderadas, así como establecer visitas periódicas ulteriores (cada dos meses) para no perder el contacto terapéutico, controlar el consumo y ver si el paciente evoluciona a la *fase de determinación*, lo cual puede tener lugar por diversas circunstancias (dificultades de adaptación al trabajo, problemas de pareja, malestar físico, depresión, accidente de coche, etc) para empezar con la intervención propiamente dicha (Becoña, 1998).

MOTIVACIÓN INICIAL: La Entrevista Motivacional

Derivada del modelo de las fases del cambio, la entrevista motivacional es una *caja de herramientas* para aumentar la motivación para el tratamiento (Miller-Rollnick, 1999) y facilitar, por tanto, la transición de la *fase amotivacional* o la *fase de reflexión* a la *fase de determinación*.

Los principales objetivos de esta entrevista son los siguientes:

- Establecer una buena relación terapéutica que facilite la exploración de los problemas del sujeto.

- Informar al paciente sobre su situación real y sobre los riesgos de su conducta en un clima exento de juicios moralizantes, así como sobre las ventajas de un cambio (ganar en agilidad mental; encontrarse físicamente mejor; tener mejor apetito; disfrutar más de la vida; mejorar económicamente, rendir más en el trabajo, conducir con más seguridad, y; sobre todo, mejorar su autoestima y valoración social).
- Posibilitar al paciente la elección de metas de tratamiento con arreglo a un análisis realista de su salud. La posibilidad de elección aumenta la implicación personal en el cambio.
- Generar unas expectativas de autoeficacia realistas en el paciente: éste necesita tener confianza en su posibilidad real de cambio.
- Fijar un programa terapéutico breve y en un periodo de tiempo corto, sin lista de espera.
- Mostrar una actitud de ayuda activa por parte del terapeuta que dé una retroalimentación constante al paciente de logros parciales obtenidos y que puede hacer frente a la motivación fluctuante o a las caídas iniciales durante el proceso. Por ejemplo, llamar al sujeto por teléfono o escribirle una carta si no acude a tratamiento es una forma de interesarse por el paciente y de mostrar esta ayuda activa (Becoña, 1998).

Lo que puede llevar inicialmente a un paciente al tratamiento por el consumo abusivo de alcohol, es decir a la fase de determinación, puede ser muy variado.

En ocasiones, se trata de problemas de salud o de alteraciones psicológicas (depresión, ideas de suicidio, déficit grave de autoestima, etc.); en otras, de dificultades familiares (amenaza de divorcio, pérdida de los hijos, etc.), y en otras, de conflictos laborales o de empeoramiento de la situación económica.

No se puede descartar incluso la influencia de factores existenciales, como un replanteamiento del estilo de vida, o de elementos de azar, como el fallecimiento de un amigo bebedor, que le introduce un elemento de preocupación y le supone un estímulo para acudir a la consulta (Becoña, 1998).

En cualquier caso, la motivación inicial para el tratamiento de un consumidor de alcohol suele ser débil e inestable. Conviene, por ello, aprovechar cualquier insinuación favorable para no posponer la consulta. Retener al paciente en el tratamiento posteriormente puede no ser tan complicado (Becoña, 1998).

Motivación de Mantenimiento

Una vez que el paciente ha acudido a la consulta, se trata de mantenerlo en el tratamiento, porque las consultas iniciales no garantizan la continuidad en la terapia. De hecho los abandonos son muy frecuentes en la terapia de los trastornos adictivos, sobre todo en las 3-5 primeras sesiones (Echeburúa, 1996)

Establecer y mantener una buena relación con el paciente, con una actitud empática y desculpabilizadora, respecto a lo que le ocurre, es el primer paso de cualquier intervención terapéutica y reduce el nivel de resistencia del sujeto (Echeburúa y Corral, 1988).

CAPÍTULO 5

REPORTE DE CASO

1. Motivo de consulta y evaluación

En la primera sesión se recolectó información del paciente como datos personales, su motivo de consulta, datos relacionados con el consumo.

Es un paciente masculino, al que se le va a llamar Marco de aquí en adelante, soltero, de 25 años de edad, es pasante en la carrera de licenciatura en derecho, está haciendo un diplomado en la facultad de Derecho de la UNAM para poder titularse, no tiene empleo, reside en el D.F. en una casa propia. Actualmente vive con su mamá, su hermano (menor que él), su abuela materna. Sus padres se encuentran separados desde hace varios años. El paciente convive con sus medios hermanos (hijos de su padre) que también son varones, los cuales lo apoyan para buscar tratamiento para su consumo de alcohol.

El paciente refiere que acude al centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología una semana después de haber tenido un accidente automovilístico bajo los efectos del alcohol. Se lesionó la espalda y cadera, por lo que está tomando terapia de rehabilitación física para ello, cabe mencionar que el paciente manifestó que este suceso lo motivó a buscar tratamiento para su consumo al alcohol. Este accidente le ha traído deudas ya que el automóvil quedó en mal estado, refirió que no hubo lesionados, pero se siente mal, por haber arriesgado su vida, por que se le salió de control la situación, dice sentir que ha defraudado a sus padres y quiere cambiar.

También mencionó que solicita ayuda en el centro de Servicios Psicológicos debido a que a partir del accidente se siente enojado, triste, ansioso y con baja autoestima.

Dicho accidente tuvo como antecedente una discusión con su novia en una fiesta que ésta organizó, ella lo invitó pero también a un exnovio, Marco comentó que se sintió desplazado, que toda la atención de su novia era para su ex novio, por lo que comenzó a beber en exceso y cuando ya no aguantó más se salió de la fiesta después de discutir con ella, tomó el auto y se dirigió hacia su casa, perdió el control del auto y chocó con la barda de contención en una avenida.

Por otra parte Marco reportó que su consumo de alcohol se inició desde los 12 años de edad. Aproximadamente tiene 6 años con su consumo problemático, y últimamente presenta algunas lagunas mentales como consecuencia de su consumo.

Marco consumía de 12 a 15 copas por ocasión, el consumo iniciaba el viernes y termina el sábado, por lo que la duración del episodio de consumo era de 24 hrs. aproximadamente.

Realizó un intento de dejar de consumir en septiembre del 2007 manteniéndose en abstinencia, ya que tenía consecuencias en su salud, sin embargo volvió a consumir porque nuevamente convive con sus amigos que consumen. Por otra parte, la situación de riesgo que identifica el paciente que está asociada al consumo es su enojo cuando tiene problemas con su novia o cuando sus papás le reclaman por su manera de beber.

Sus papás y su medio hermano de 24 años de edad mostraban preocupación por su consumo, y refirió que ellos lo podían apoyar durante el tratamiento.

Las actividades que realiza durante su tiempo libre es leer, escuchar música. Estas actividades no las relaciona con su consumo.

Marco manifestó su deseo de “no querer dejar de tomar definitivamente”, sino reducir su consumo ya que decía que el alcohol le ayudaba a olvidar los problemas que tenía con su novia, papás y su situación económica (no tenía trabajo y dependía de sus padres económicamente).

No hubo reporte de haber recibido algún tipo de tratamiento para tratar su consumo de alcohol, ni de algún padecimiento médico por el cual recibiera atención. Se encontraba en sesiones de rehabilitación física por problemas en la columna como consecuencia del accidente en automóvil que tuvo. Por otro lado, no refiere consumo de alguna otra droga, pero aproximadamente 2 o 3 años previos consumió marihuana, reportó sólo haber consumido en tres ocasiones espaciadas en las cuales sólo le dio 2 a 3 fumadas a cada cigarro de marihuana.

De acuerdo con la Entrevista Inicial Marco reportó que su consumo de alcohol es un problema mayor (ha tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria). Las bebidas que consume son: Cerveza (40%) y Vino Tinto (60%).

Razones para Cambiar

Con base a la información obtenida Marco se puede hacer las siguientes observaciones:

- 1) Marco desea reducir su consumo “no quiero dejar de tomar definitivamente”.
- 2) Lo que espera obtener del tratamiento es tener tranquilidad emocional ya que se siente “acelerado”.
- 3) Dice sentirse insatisfecho con su forma de vida, ya que siente que se le han ido muchos años, no se ha titulado, no tiene empleo, tiene muchas deudas del automóvil y arreglos de su casa.

Evaluación realizada por medio de cuestionarios

Evaluación.

La sesión de evaluación tuvo por objetivo obtener información clínica completa la cual incluyó: funcionamiento psicosocial; historia del uso de alcohol, consecuencias; razones / compromiso para el cambio, fortalezas de enfrentamiento y debilidades. Así mismo se evaluó el nivel de dependencia al alcohol, patrón de consumo de alcohol y la identificación de situaciones de riesgo.

Por tal razón se procedió a aplicar los siguientes instrumentos:

Escala de Dependencia al Alcohol EDA- 25.- La Escala de Dependencia al Alcohol (EDA; Quiroga & Vital, 2003) traducida y adaptada de la Alcohol Dependence Scale (ADS; Skinner, Horn, Wanberg & FASTER, 1984), es una escala compuesta de 25 ítems que consideran un marco de tiempo de evaluación de los últimos 12 meses y que cubre síntomas de abstinencia que corresponden al síndrome de dependencia definido por Edwards y Gross (1976), tales como deterioro en el control del consumo de alcohol, conciencia de compulsión en el consumo de alcohol, tolerancia al alcohol y sapiencia de la conducta de búsqueda de consumo de alcohol. Se aplica a población de bebedores problema jóvenes y adultos que se encuentran en tratamiento. Este instrumento mide desde ausencia de dependencia hasta dependencia severa. Estudios psicométricos indican que tiene confiabilidad test-retest y consistencia interna de 0.92 y validez para medir dependencia. Los trabajos de Skinner y Allen (1982) y de Ross et al. (1990) demostraron que la EDA se asocia positivamente con medidas similares del MAST ($r = 0.69$) y se relaciona con otras medidas de dependencia como el DSM-III ($r = 0.58$). Requiere menos de 10 minutos para ser contestada.

Línea Base Retrospectiva (LIBARE-A). La Línea Base Retrospectiva-Alcohol (LIBARE-A; Quiroga, 2003), traducida y adaptada de la versión *Alcohol Timeline Followback* (TLFB; L. C. Sobell & Sobell, 2000, 2003), utiliza eventos significativos dentro de un formato de calendario a fin de registrar de manera continua la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol durante un periodo establecido de tiempo. También se pueden identificar periodos de recaída y servir como base para sondear las causas de ésta. Muestra cuánto dinero gasta una persona en el alcohol, las calorías que consumen cuando bebe, y cómo se compara el consumo de una persona en relación con las normas nacionales. Permite medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento. Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tienen una dependencia severa. Se requieren de 25 a 30 minutos para hacer el estimado de un período de 12 meses y de 10 a 15 minutos para un período de 3 meses.

Algoritmo de Compromiso para el Cambio- Alcohol (ACC-A). El Algoritmo de Compromiso para el Cambio-Alcohol (ACC-A; Quiroga & Vital, 2003) traducida y adaptada de (CCA-A; Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996) es un procedimiento que nos va a llevar a un resultado. Este instrumento permite evaluar la disposición que tiene el paciente al cambio en su consumo. Mediante la categorización de su consumo a uno de los estadios de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento).

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50) El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas-Alcohol (ISCD-50-Alcohol; Quiroga & Vital, 2003), traducido y adaptado del Inventory of Drug Taking Situación-Alcohol (IDTS-50-Alcohol; Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996), es un cuestionario de auto-reporte de 50 ítems diseñado para evaluar situaciones en las que el paciente consumió excesivamente durante el año pasado. Puede ser administrado empleando lápiz y papel o en formato computarizado. Se encuentra basado en una clasificación desarrollada por Marlatt y et. al (Marlatt & Gordon,

1980, 1985), en donde el consumo del paciente es evaluado en relación con ocho categorías de situaciones de consumo: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, prueba de control personal, urgencias y tentaciones para consumir, conflictos con otros, presión social para consumir y momentos agradables con los demás. Los pacientes deben leer cada ítem e indicar la respuesta que describe con mayor precisión su frecuencia de "consumo excesivo" cuando se encontró en esa situación durante los últimos 12 meses. Los pacientes definen el "consumo excesivo" en términos de su propia percepción y patrón de consumo de lo que constituye "excesivo" para ellos. Cada uno de los ítems se contesta con base en una escala de 4 puntos, en donde 1 = Nunca, 2 = Raramente, 3 = Frecuentemente, y 4 = Casi siempre. Cuenta con una validez de contenido adecuada. Es un instrumento breve y de fácil administración que requiere de 15 minutos, aproximadamente, para completarlo.

Questionario de Confianza Situacional CCCD-50-Alcohol.

El

Questionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-50-Alcohol; Quiroga & Vital, 2003) traducido y adaptado del Drug-Taking Confidence Questionnaire-Alcohol (DTCQ-50-Alcohol; Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996), es un cuestionario de autoreporte de 50 ítems diseñado para evaluar el concepto de autoeficacia de Bandura, en relación con la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol. Se le pide al paciente 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 encuentra en que será capaz de resistir la urgencia de consumir excesivamente en esa situación. Las respuestas del paciente le permitirán al terapeuta monitorear el desarrollo de la autoeficacia del paciente en relación con el enfrentamiento de las situaciones de consumo a lo largo del tratamiento. Puede ser aplicado utilizando lápiz y papel o en un formato computarizado y se requiere de 10 minutos aproximadamente para

completar el cuestionario de 50 ítems. Puede ser aplicado en forma individual o en grupo. La investigación muestra que tiene confiabilidad y validez.

Resultados de la evaluación

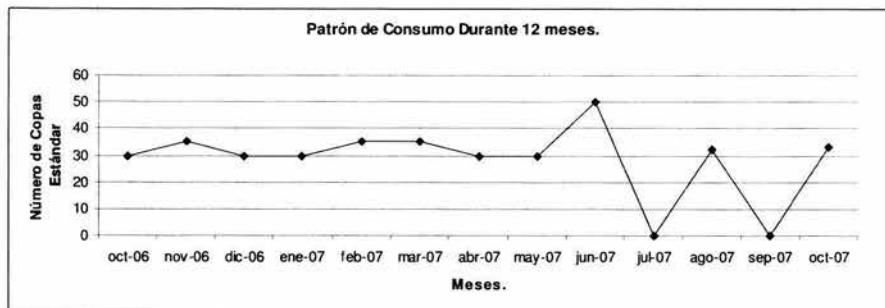
Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25). En la Tabla 1 se muestra que el paciente obtuvo un puntaje de 12, lo que indica que el cuartil que le corresponde es el siguiente:

Cuartil	Nivel de Dependencia
1-13	Leve
14-21	Moderada
22-30	Media
31-47	Severa

Tabla 1. Muestra los Niveles de Dependencia al Alcohol.

Línea Base Retrospectiva (LIBARE). En la Gráfica 1 se muestra que el consumo de alcohol en los últimos 12 meses fue de 30 a 35 copas estándar por mes. Consumió fines de semana, empezando en viernes y terminando el sábado.

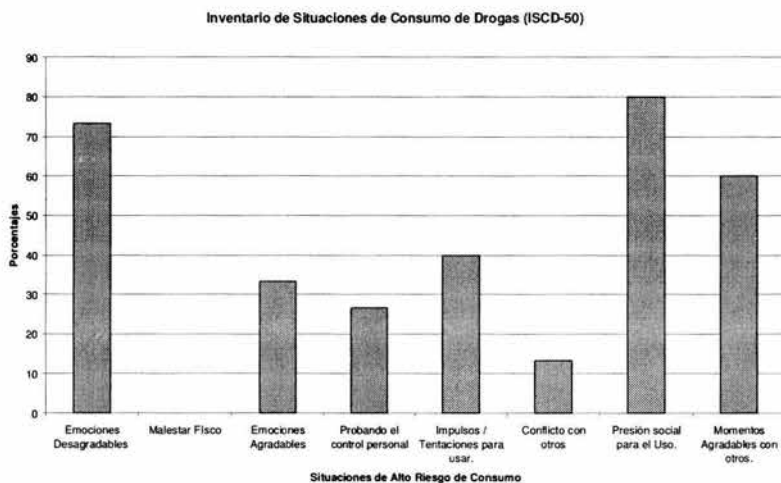
Marco consumió 23 días al año, 342 estuvo abstemio, sus copas por año fueron 370, por mes consumió 30 copas, por días de consumo 15 y presentó el 4.7% de días totales del año de consumo muy excesivo.



Gráfica 1. Muestra el consumo de alcohol de MA en los últimos 12 meses.

Los picos altos que muestra la gráfica 1 se deben a situaciones desagradables que vivió Marco, las cuales involucraron principalmente enojo y tristeza. También se puede observar un incremento en el consumo a partir del mes de Junio del 2007 que fue cuando tuvo el accidente automovilístico.

Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50). En la Gráfica 2 se observa que Marco obtuvo un puntaje alto en las siguientes situaciones: 1) Presión Social, 2) Emociones Desagradables y 3) Momentos agradables con otros



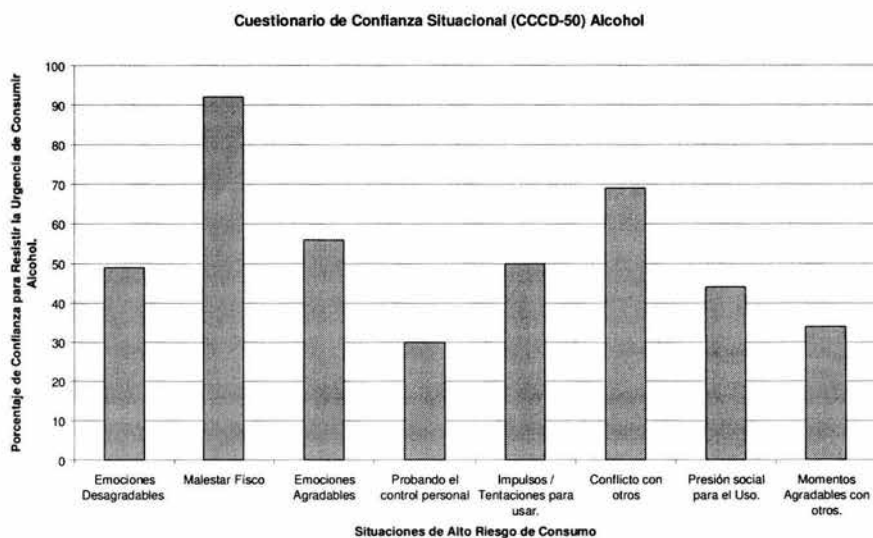
Gráfica 2. Muestra las tres situaciones de riesgo con el mayor puntaje.

Algoritmo de Compromiso para el Cambio- Alcohol (ACC-A). De acuerdo con los resultados reportados, Marco se ubicó en el estadio de cambio denominado acción, lo que indicó que: - El paciente se dedicó a beber durante los últimos 30 días pero llevó a cabo por lo menos un intento para dejar o intentó adoptar el consumo moderado*, durante los últimos 30 días.

*Beber moderadamente se refiere a beber dentro de los límites superiores siguientes.

- No beber diariamente.
- No beber más de 4 copas en cualquier día (si se es varón).
- No beber más de 3 copas en cualquier día (si se es mujer).
- No beber más de 12 copas durante la semana (si se es varón).
- No beber más de 9 copas durante la semana, (si se es mujer).

Cuestionario de Confianza Situacional CCCD-50-Alcohol. En la Gráfica 3 se observan las cuatro situaciones en las que se obtuvo un porcentaje de seguridad bajo para resistir la necesidad de beber en exceso, y estas fueron: Probando el control personal, Momentos Agradables con Otros, Presión Social para el Uso y Emociones desagradables.



Gráfica 3. Muestra los porcentajes de confianza de cada una de las ocho situaciones.

2. Recursos disponibles y déficit

Se ha podido observar lo siguiente:

- Ψ Apoyo social de familiares directos (papá y hermanos).
- Ψ Reconocimiento de las consecuencias asociadas al consumo de alcohol.
- Ψ El paciente identifica la situación de riesgo (enojo) que tiene cuando se presentan problemas con sus papás y con su novia.

Debilidades para lograr el cambio.

- Ψ Auto declaraciones negativas: "No puedo hacerlo", "Todo me sale mal".
- Ψ Déficit en destrezas de enfrentamiento (solución de problemas y manejo de emociones desagradables; por ejemplo, enojo).
- Ψ El paciente no asume su responsabilidad en los resultados de diversas situaciones (por ejemplo, el accidente automovilístico que tuvo bajo los efectos del consumo de alcohol, el no encontrar trabajo por no estar titulado).

3. Diagnóstico

De acuerdo con la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA-25) su nivel de dependencia al alcohol fue leve. Aunque la SRP (Prevención Estructurada de Recaídas) está diseñada para pacientes con un nivel de dependencia al alcohol sustancial o severo a Marco se le proporcionó dicho tratamiento por su alto patrón de consumo y graves problemas asociados al mismo.

Por otro lado es un tipo de bebedor: Funcional (bebe para poder funcionar en sociedad) (Quiroga y Mata, 2007).

4. Programa de Tratamiento

DESARROLLO DE SESIONES

SESIÓN 1 Y SESIÓN 2

Plan de Tratamiento Individualizado.

Durante esta sesión se trabajó un ejercicio llamado "Balance Decisional". En este ejercicio, se le solicitó al paciente que indicara las cosas buenas y no tan buenas sobre cambiar versus no cambiar su consumo.

Los resultados en este ejercicio fueron los siguientes:

CAMBIAR SU INGESTA DE ALCOHOL O DROGA

<p>QUE HAY DE BUENO en cambiar mi consumo. Como ventajas de cambiar su consumo mencionó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora su salud. • No gastaría tanto. • No tendría problemas con sus padres y novia por su consumo. • Estabilidad emocional. • Estabilidad económica. • Evitaría los síntomas de la resaca. • No tener deudas. 	<p>QUE NO HAY DE BUENO en cambiar mi consumo. Como posibles desventajas de cambiar su consumo mencionó:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad por consumir. • Enojo por no consumir. • No frecuentaría a los amigos.
--	--

CONTINUAR CON SU INGESTA DE ALCOHOL O DROGA

<p>QUE HAY DE BUENO de continuar con mi consumo. Marco reportó como ventajas de continuar con su consumo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Una mejor convivencia con sus amigos. ▪ Olvida momentáneamente los problemas con su novia, padres y situación económica. 	<p>QUE NO HAY DE BUENO de continuar con mi consumo. Como desventajas de continuar con su consumo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Consecuencias negativas en su salud (problemas en el hígado) ▪ Problemas con su novia y padres. ▪ Lagunas mentales.
--	--

Asimismo, se le entregaron los resultados obtenidos en la sesión de Evaluación. Con la finalidad de que Marco tuviera un conocimiento objetivo de su consumo, se delineó en que consistiría su plan de tratamiento individualizado, tomando en cuenta la meta a la que se quería llegar, en este caso fue de Moderación, lo que quiere decir que Marco estuvo de acuerdo con no beber más de 4 copas en cualquier día, así como no beber más de 12 copas durante la semana.

Por consiguiente lo que se deseaba obtener al terminar el tratamiento fue que Marco consiguiera la moderación en su consumo de alcohol, también que tuviera un buen manejo del enojo, de la ansiedad, solución de problemas, que adquiriera nuevas habilidades para trabajarlas fuera del tratamiento, en situaciones de riesgo potencial para el consumo.

Se firmó el "Contrato de Tratamiento Individual" (Ver anexo A), quedando conforme el paciente con los puntos establecidos en dicho documento.

También se trabajó con las situaciones de uso problemático de sustancias con el fin de jerarquizar aquellas que disparan su consumo.

En primer lugar el paciente colocó las Emociones Desagradables (como Enojo, y Tristeza). Se trabajó con un episodio que en el pasado se apegara a esta situación y lo hiciera consumir.

- ❖ Lo que reportó en este ejercicio fue: un momento en el que se encontraba en su casa, triste, bebía con amigos y después salieron a un concierto, menciona que en el camino iban consumiendo, le llamó a una ex novia y no recuerda lo que le dijo.

Las otras dos señaladas en el instrumento se le dejaron de tarea, las cuales se revisaron en la sesión posterior. Así mismo se le dejó de tarea el instrumento

llamado "Monitoreo Diario" (Ver anexo A), en el se registraron aquellos acontecimientos que se le presentaron durante la semana posterior a esta sesión, para identificar aquellas situaciones que podrían disparar el consumo durante la semana.

Las destrezas de enfrentamiento que se trabajaron durante el plan de tratamiento de Marco fueron:

- ❖ Solución de problemas.
- ❖ Enfrentamiento de los sentimientos desagradables y traumas.
- ❖ Técnicas para el manejo de escenas retrospectivas (Flashback) y emociones desagradables.
- ❖ Enfrentamiento de la ansiedad.
- ❖ Relajación.
- ❖ Manejo del enojo.

El paciente jerarquizó de ésta manera las destrezas haciendo énfasis en las situaciones desagradables que presentaba con sus papás y con su novia, los cuales lo hacían sentirse mal, triste y ansioso.

SESIÓN 3

Fase de Iniciación

Se trabajó con la primera sesión de la Fase de Iniciación, se utilizaron los procedimientos del consejo para la Iniciación del Cambio, las cuales se centraron en la evitación de situaciones para beber, así como en la búsqueda de apoyo social de amigos confiables y miembros de la familia.

Se revisaron las dos situaciones de uso problemático de sustancias que se dejaron como tarea en la sesión anterior, en las cuales reportó lo siguiente:

Presión social para el uso.

1) "Iba sólo manejando rumbo a un bar en el que se quedó de ver con sus amigos, pensaba en llegar y tomar una cerveza. Al llegar con sus amigos le ofrecieron unas cervezas, platicó y les contó sobre una chica, se exaltó y no recuerda cuántas copas consumió".

Impulsos/ Tentaciones para usar.

2) "Iba rumbo a la escuela junto con su novia. Se sentía ansioso, tenso y triste porque iban discutiendo. Pensaba en llegar pronto a la escuela. Se despidió de su novia y en el camino pasó por un lugar donde previamente había bebido y esto le hizo recordar momentos agradables, así que decidió entrar y consumir".

También se revisó la Forma de Monitoreo Diario, en el cual Marco registró su consumo de la semana anterior a esta sesión. Hubo un consumo de 10 copas estándar en un solo día (viernes).

Marco asistió a una reunión con su novia y amigos, pero tuvo una pelea con su novia y se fue a su casa después de tomar 10 cervezas. Reporta que se sentía triste y ya no estaba disfrutando de la fiesta por lo sucedido con su novia.

Se trabajó:

- Plan Semanal-Fase de Iniciación donde se plantearon algunas estrategias de enfrentamiento (como pensar en consecuencias negativas que previamente había traído su consumo, consumir alguna bebida sin alcohol), que se podían utilizar durante la semana posterior a la próxima sesión, en caso de encontrarse en situación de riesgo para el consumo. La meta para esta semana fue tomar 6 copas estándar, distribuidas en el fin de semana. Su porcentaje de confianza para lograr la meta fue de 70%.

Se recordó la meta que se planteó en un principio, la cual fue Moderación.

Se puso un ejemplo de dos posibles situaciones de riesgo que el paciente pudiera tener en esa semana y la descripción para cada una de ellas de cómo las enfrentaría, es decir; nos anticiparíamos a estas situaciones de riesgo para que no hubiera un consumo fuera de la meta.

- ❖ Una de las situaciones de riesgo fue un concierto por la noche, el día viernes, acompañado de su novia. Lo que mencionó como estrategia de enfrentamiento fue: recurrir al recuerdo de la meta y por seguridad de ambos.
- ❖ La siguiente fue un partido de fútbol el domingo, en casa de su papá. Su estrategia de enfrentamiento para esta situación fue la misma que en el caso anterior.
- ❖ Se trabajó la Forma de Análisis Funcional, viendo el consumo como un patrón conductual que puede cambiar. En este ejercicio se relatan los antecedentes y las consecuencias de un episodio de consumo en particular.
- ❖ Marco relata un paseo a Huamantla, Morelos; en donde se encontraba nervioso, emocionado por la tradicional corrida de toros en ese lugar. Su consumo en esa ocasión fue de 35 copas estándar. Las consecuencias de ese episodio de consumo fue que en la carretera su coche se atascó, se sentía enojado por no haber tomado más, por tener que manejar, se quedó en casa de unos amigos, tuvo una laguna mental.

Se desarrollaron estrategias alternas para evitar ocasiones de futuros consumos, como recordar la meta (moderación) y tomar más despacio (es decir; en menor tiempo a lo acostumbrado).

- Se trabajó en un Cuestionario De Confianza Situacional para el Consumo de Droga (Alcohol) CCSA-50. Basándose en los puntajes observados en los resultados de este instrumento se puede decir que MA obtuvo porcentajes de seguridad bajos para resistir la necesidad de consumir en exceso en las siguientes categorías:
- Probando el control personal.
 - Momentos agradables con otros.
 - Presión social para el uso.
 - Momentos desagradables.

Tarea:

Se le dejó de tarea la Forma de Monitoreo Diario, la cual se revisó la sesión posterior.

SESIÓN 4

Fase de Iniciación

En esta sesión se revisó la Forma de Monitoreo Diario en el cual el paciente registró el consumo de 8 copas estándar durante la semana, 2 en lunes y 6 en viernes.

El día lunes se tomó 2 cervezas para acompañar la cena.

El día viernes Marco se encontraba en un concierto de rock acompañado de su novia, tuvieron una discusión y el dejó de beber después de las 6 copas. Llevó a cabo su plan de enfrentamiento: "recurrir al recuerdo de la meta y por seguridad de ambos".

- Retroalimentación de Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Droga (Alcohol) CCSA-50.

En esta sesión se le dio retroalimentación al paciente acerca del Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Droga (Alcohol) CCSA-50 el cual se contrastó con el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (Alcohol), el instrumento nos marca la posibilidad de un consumo que rebasa las 4 copas estándar, por lo que se deben empezar a trabajar las destrezas de enfrentamiento para ponerlas en práctica en una situación de riesgo.

- Plan Semanal- Fase de Iniciación.

El paciente se encuentra en la Fase de Iniciación y se puso la meta correspondiente a esta semana, la meta planteada fue consumir 6 copas estándar durante toda la semana, y el nivel de confianza que tiene el paciente para lograrla es de 80% (según lo reportó).

También se planteó una situación de riesgo durante esta semana para sí podernos anticipar a un consumo excesivo.

Anticipación: mencionó que tendría una fiesta el fin de semana (el día sábado), por lo cual irían varios amigos y habría mucha bebida.

Sus alternativas propuestas para evitar un consumo excesivo fueron:

- ❖ Bailar.
- ❖ Recordar la meta para no rebasar el límite en su consumo (6 copas estándar durante la semana)

Comentó que se sintió muy bien en moderarse en su consumo, y se vió que hubo un decremento en su consumo ya que anteriormente consumía de 12 a 15 copas estándar por ocasión.

Se le reforzaron los logros obtenidos durante la semana anterior (también hubo moderación en su consumo).

➤ Asignación de Destreza de Enfrentamiento.

Cuando el paciente inició el tratamiento reportó las consecuencias negativas que resultaron con respecto a un accidente automovilístico, por lo que era importante trabajar con Solución de Problemas para poder resolver la problemática que se suscitó de este acontecimiento y así hacer algo al respecto. Pero sobretodo que el paciente viera que siempre ante cualquier problema existen alternativas de solución.

En ésta sesión se trabajó la primera destreza **Solución de Problemas**, explicándole los principios generales y muy importantes de esta destreza como son: identificar el problema, exponer alternativas de solución que estén dentro de las necesidades y habilidades del paciente, y hacerlo, es decir; ponerlo en práctica y no sólo que quede en pensamiento, de esta manera no llegará a la frustración por no poder resolver un problema. Uno de los problemas que reportó tener fue: "Encontrar trabajo en despacho". Los pros de éste problema fueron: "He trabajado en ésta área", "Lo he realizado bien". Los contras fueron: "Quieren estudiantes, la edad influye (menores de 25 años)", "En algunos lugares abusan". Por lo tanto las alternativas de solución a éste problema fueron: "Apurarme para titularme", "Seguir buscando trabajo en otros lugares".

Tarea:

Se le dejó de tarea la Forma de Monitoreo Diario, la cual se revisó la sesión posterior.

SESIÓN 5

Fase de Iniciación

Se revisó la tarea de la sesión pasada, por lo que se reportó en el monitoreo un consumo de 8 copas estándar, lo que el paciente había dejado como meta eran 6 copas estándar durante toda la semana.

El consumo fue distribuido en el fin de semana; viernes 3 cervezas en una cena familiar, 3 cervezas el sábado en una fiesta con sus amigos y 2 cervezas el domingo en un partido de fútbol en compañía de su papá y hermanos.

Lo que se pudo observar en este monitoreo es que hubo una violación de meta, y lo atribuyó al consumo inesperado en la cena familiar, "Me sentía muy contento porque toda mi familia estaba reunida, traté de moderarme, así que sólo me tomé tres cervezas". Por lo tanto, el disparador de consumo fue: Momentos Agradables con otros, lo que nos permitió trabajar en la anticipación de situaciones similares en el futuro.

También reportó que recurrió al recuerdo de la meta, platicó más tiempo con las personas con las cuales estaba en cada situación y tomó más espacio.

➤ Asignación de Destreza de Enfrentamiento:

Se trabajó la destreza de **Enfrentamiento de Sentimientos Desagradables y Traumas**, se trabajó por los sueños recurrentes que el paciente tenía sobre el accidente automovilístico. Se le explicaron los síntomas que una persona presenta cuando hay escenas retrospectivas, y que el recurrir continuamente a estas escenas vividas que contienen carga emocional negativa se vuelven traumas con el paso del tiempo.

- ❖ El paciente describió un trauma en su vida y menciona el accidente automovilístico como tal, reporta que a veces se despierta a mitad de la noche sobresaltado por una pasadilla sobre el accidente. También hace mención a ciertos momentos en los que manejando su auto se llega a centrar tanto en el recuerdo del accidente que llega a pisar el acelerador sin darse cuenta y frena de golpe, como si por un momento durmiera y despertara de golpe.
- Se practicó un ejercicio de relajación (Respiración Diafragmática) y reportó que le sirvió un poco para relajarse.
- Plan Semanal-Fase de Iniciación:

En el Plan Semanal-Fase de Iniciación de esta semana se dejó como meta el consumo de 6 copas estándar por semana y dijo sentirse con un 80% de confianza para cumplirla.

Un posible disparador en esta semana fue un concierto de rock en compañía de su novia y amigos.

Sus estrategias de enfrentamiento para esta situación de riesgo fueron:

- ❖ Recordar las consecuencias negativas que tuvo por el consumo.
 - ❖ Ver consecuencias positivas por moderarse.
 - ❖ Tratar de frenarse, recordando la meta.
 - ❖ Tomar más espacio.
 - ❖ Disfrutar de la música y la compañía de su novia.
- Tarjeta de Alerta de Enfrentamiento.

La Tarjeta de Alerta (tarjeta telefónica en blanco, lista para ser llenada) fue utilizada durante esta sesión, en la cual el paciente escribió sus estrategias de enfrentamiento de situaciones riesgosas:

- Llamar a un amigo (y puso el número telefónico)
- Salir del lugar, dar un paseo.
- Tomar otra bebida sin alcohol.
- Comer algo.

Tarea:

Se le dejó de tarea la Forma de Monitoreo Diario, la cual se revisó la sesión posterior.

SESIÓN 6

Fase de Iniciación

Se revisó la tarea de la sesión pasada, por lo que se reportó en el monitoreo un consumo de 8 copas estándar durante la semana, lo que el paciente había dejado como meta eran 6 copas estándar para toda la semana. Un disparador muy importante que se ha visto como constante en los reportes es el enojo (de acuerdo con lo que Marco reportó).

El disparador de consumo en esta ocasión fue una discusión con su novia en el concierto de rock, por lo que salió del lugar y se dirigió a casa de un amigo en donde se puso a beber. En esa ocasión consumió 4 copas estándar, recordó la meta y se fue a su casa. El sábado se tomó 2 cervezas en una cena con su familia, el domingo dos copas estándar durante un partido de fútbol en compañía de su papá.

- Asignación de Destreza de Enfrentamiento:

La destreza de **Técnicas de Manejo de Escenas Retrospectivas y Emociones Desagradables**, se trabajó por los recuerdos que continuamente se presentaban sobre el accidente automovilístico. Refirió que en una ocasión se encontraba en su automóvil y paró por la luz roja del semáforo, a unas calles de donde había tenido el accidente, por lo que recordó con detalle ese momento y sin darse cuenta empezó a presionar el pedal del acelerador, pocos segundos después se dio cuenta de lo que sucedía y pudo percibir un cambio en la frecuencia cardíaca (aceleración) y en la respiratoria. Se asustó y se estacionó un momento para tranquilizarse.

- ❖ Los ejercicios son muy parecidos a la destreza de enfrentamiento de sentimientos desagradables y traumas.

Se enlistaron estrategias que el paciente podía practicar y usar para enfrentar las escenas retrospectivas, los recuerdos corporales, los sentimientos de ansiedad y deseos intensos. Éstas se podían utilizar en cualquier parte.

La meta fue ayudarse así mismo para salir de los pensamientos / sentimientos y estar en el presente.

Se dividió de la siguiente manera:

1. Respiración

- El mantener la respiración es una reacción de miedo.
- Era importante que se hiciera consciente de su respiración.
- Decirse a sí mismo que respire - repetir la palabra " respira".
- Llevar a cabo respiraciones lentas y profundas.
- Imaginar un triángulo delante de él – inhalar durante 3 segundos, sostener la respiración por 3 segundos, y soltar la respiración durante 3 segundos.

- Repetir este patrón.

2. Ser conciente de sus sentidos (la vista, oído, el olor, el tacto).

- Vista: Intentar no cerrar los ojos para que pudiera ver su ambiente. Si alguien estuviera presente, hacer contacto visual.
- Audición: Prestar la atención a los sonidos que se encontraran alrededor de él (por ejemplo, tránsito, las voces de personas).
- Olfativo: Prestar la atención a los olores (por ejemplo, café, la comida, etc.).
- Tacto: Sostener una silla y sentarse en ella, sentir la silla y darse cuenta de sus pies en la tierra. Repetirse a sí mismo, "yo estoy aquí en el cuarto " (es decir, su casa, el cuarto de la terapia).

3. Decirse cosas positivas.

- Por ejemplo, "Yo soy bueno en..."

➤ Plan Semanal-Fase de Iniciación:

En el plan semanal-fase de iniciación de esta semana dejó como meta el consumo de 6 copas estándar por semana y dice sentirse con un 80% de confianza para cumplirla.

Tarea:

Se le dejó de tarea la Forma de Monitoreo Diario, la cual se revisó la sesión posterior.

SESIÓN 7

Fase de Mantenimiento

Se revisó la Forma de Monitoreo Diario viendo que hubo un consumo de 7 copas estándar en la semana. Tuvo una pelea con su novia y salió con sus amigos a tomar.

Marco asistió a un concierto de rock (en un lugar ubicado atrás de la catedral de la Ciudad de México) iba acompañado de sus amigos y su novia. Mencionó que su novia se puso en un momento a tomar fotografías del evento, ya que ella se dedica a la publicidad, eso a Marco le molestó, dice que se sintió ignorado, y que en realidad él deseaba pasar su tiempo con ella. Esto ocasionó que Marco se molestara y se dirigiera hacia ella con un tono despectivo y diciendo que tomara las fotos que quisiera, que él haría otra cosa por su lado, esto le molestó a la novia de Marco y comenzaron a discutir, ella salió del lugar, (menciona que era pasado de las 12 AM) que regresó a buscarla, le llamó varias veces a su celular y que no respondió.

Esto lo hizo enojar demasiado y aunque ya había tomado aproximadamente 5 copas estándar, se dispuso a consumir hasta perder el control, por lo que al querer entrar a un bar con sus amigos, uno de ellos agredió a un guardia, éste le respondió con un empujón, Marco se metió y recibió una golpiza (así lo menciona) por parte de tres sujetos. Marco ya no bebió más y se fue a su casa.

Al día siguiente fue a buscar a su novia quien seguía muy enojada por su comportamiento. No la pudo ver y se fue a su casa en donde se tomó dos cervezas.

Marco reportó que se sintió mal, "que había fallado". Se le explicó que fue una caída y que era normal, un proceso de aprendizaje, en el transcurso del

tratamiento, que era importante que aprendiera a identificar los disparadores de consumo para así anticiparse en una situación similar en el futuro.

➤ **Asignación de Destreza de Enfrentamiento:**

Aunque el enojo era un disparador de consumo muy importante, no se identificó como tal en las primeras sesiones ya que Marco enfatizaba un sentimiento de tristeza y frustración por no lograr metas de tipo escolar, sentimental (relación de pareja) y económicas. En esta sesión se trabajó: **Manejo del Enojo**. Se le explicó de la siguiente forma:

Toda experiencia de enojo; es una emoción humana normal. Sin embargo, las maneras en que expresamos el enojo pueden tener consecuencias negativas tanto para nosotros mismos como para otros. Por ejemplo, el enojo puede hacer que no pensemos claramente, y quizás nos lleve a acciones de las que más tarde nos arrepintamos. El enojo también puede llevar a la agresión verbal y física, y muchas personas identifican al enojo como un disparador para el uso de alcohol (éste era el caso de Marco).

¿CUÁNDO EL ENOJO ES UN PROBLEMA?

Si el enojo es frecuente, si es intenso, si dura un tiempo largo, si lleva a la agresión, o si afecta su trabajo o relaciones, éstas son señales de advertencias de que el enojo le está creando problemas.

Hay " diferentes " estilos de expresar el enojo:

Algunas personas tienden a ser pasivas cuando están enojados. Tales personas evitarían probablemente las confrontaciones, y quizás permite que otros abusen de ellos. El enojo pasivo significa represión interior.

Otras personas expresan su enojo agresivamente. Tales personas pueden intentar dominar a otros con el enojo y reprochar a otros de su propia conducta.

La manera ideal de expresar el enojo es siendo asertivo. Las personas asertivas expresan sus sentimientos de una manera abierta y honesta, y en cierto modo mostrando el respeto para otros. Ellos resuelven los problemas intentando cambiar las conductas que generan el enojo.

Las sugerencias para tratar con el enojo son:

- Ser consciente de su cuerpo (por ejemplo, músculos firmes, los puños fijos, etc.).
- Tomar respiraciones profundas de relajación. Mantener la calma.
- Recordar que el enojo es un signo de que algo necesita cambiar.
- Buscar lo positivo; no precipitarse.
- Hablar con uno mismo, por ejemplo " Yo no me voy a dejar presionar, pero yo no voy a ir desarregrado".
- Salir de la situación si es necesario (tome un " tiempo - fuera ").
- ¿Se puede reír de esto?

➤ Plan Semanal- Fase de Mantenimiento.

En el plan semanal la situación disparadora podía ser una boda, donde asistiría su hermano, su cuñada y amigos. Su plan de enfrentamiento que propuso fue "decir que así estaba bien" para que ya no le ofrecieran más bebidas, tomárselas despacio, al igual que beber agua mineral entre una copa y otra, y pensar que estaría haciendo lo correcto. Puso como meta para esa semana consumir 6 tragos estándar durante toda la semana.

Tarea:

Se le dejó de tarea la Forma de Monitoreo Diario, la cual se revisó la sesión posterior.

SESIÓN 8

Fase de Mantenimiento

Se revisó el Monitoreo Diario, y en esa semana hubo un consumo de 7 tragos estándar. Uno en jueves (por pelea con su novia), cuatro en viernes (una boda) y dos en sábado (durante la plática con un primo, se sintió triste; según reporta).

➤ Asignación de Destrezas de Enfrentamiento

Se trabajó con la destreza: **Enfrentamiento de la Ansiedad**, ya que reportó que una forma de mitigar la ansiedad que presentaba como consecuencia de sentimientos desagradables era el consumo. Se le explicó que en algunas ocasiones las personas recurren al consumo del alcohol para evitar algunas consecuencias, en especial negativas. Que siempre existe una situación provocadora de ansiedad, después se presentan aquellos pensamientos automáticos que hacen que el nivel de ansiedad aumente y por consiguiente en algunos casos que se llegue al consumo para contrarrestar este efecto.

Situación provocadora de ansiedad → los pensamientos automáticos → el nivel alto de ansiedad → el uso de sustancias para disminuir la ansiedad.

El primer paso para enfrentar la ansiedad es identificar las maneras en que Marco podría involucrarse en pensamiento defectuoso. Algunos ejemplos de "pensamientos" automáticos son:

- Perfeccionismo (en ocasiones pienso en beber – he fallado en el tratamiento.).

- La lectura de la mente (" Mi jefe piensa que yo soy incompetente ". " El / ella debe pensar que yo soy aburrido ".).
- El razonamiento emocional – yo siento eso, por consiguiente debe ser verdad (yo me siento muy tonto, yo realmente debo verme tonto.)
- Pensamiento todo o nada (yo tomé una bebida, estoy condenado a vivir en las calles).
- Afirmaciones "debería" (yo siempre debería tener el control; no debería mostrar a los demás que estoy nervioso").).
- Precipitarse a conclusiones (" Mi jefe me habló ahora; yo debo estar en un problema ").).
- Etiquetar (" yo soy un alcohólico / ex-convicto / yonqui ").).
- Centrarse en lo negativo (yo siempre echo a perder las cosas, ¿por qué debería ser diferente en esta ocasión "?).

El segundo paso es emplear estrategias para enfrentar los pensamientos automáticos, como:

- Re- etiquetar los sentimientos negativos (por ejemplo, estrés, ansiedad) - y los deseos intensos que los acompañan - como un signo importante para tomar la acción.
- Practicar "la detención del pensamiento". Cuando reconozca que se presentan algunos de los pensamientos automáticos negativos, imaginar una señal grande de ALTO en su mente.

- Prestar atención a las cosas positivas que pasan, y mantener un seguimiento de ellas. Podría escribirlas.
- Desafiar al pensamiento automático. Preguntarse: ¿Tiene sentido? ¿Cuál es la evidencia para éste? ¿Hay una manera más realista de interpretar la situación?
- Apapacharse! Decirse algo positivo a sí mismo o premiarse cuando se enfrente con éxito una situación provocadora de ansiedad sin tener que beber.
- Recordar que algo de ansiedad y estrés son normales para todos.
- Concentrarse en reducir la ansiedad a un nivel manejable, no en eliminarla completamente.

Tarea:

Forma de Monitoreo Diario y el Plan Semanal de Mantenimiento las cuales se revisaron la sesión posterior.

SESIÓN 9

Fase de Mantenimiento

- Plan Semanal- Fase de Mantenimiento.

Logró llevar a cabo el plan de enfrentamiento (tomar despacio, respirar profundamente para disminuir ansiedad, beber agua entre una copa y otra) consumió 6 copas estándar y sugirió nuevamente tomar más despacio después de haber consumido 2 o 3 copas estándar. Mencionó que se sintió muy bien y tranquilo.

➤ Asignación de Destrezas de Enfrentamiento

Se trabajó la destreza de **Relajación** y se le explicó lo siguiente:

La relajación es caracterizada por un estado de calma, bienestar y una respiración pausada. Para lograr un sentimiento relajado, hay diferentes técnicas por lo que se le pidió al paciente que se sentara con su espalda bien apoyada en el respaldo y con ojos bien cerrados.

1) Enfocándose en su cuerpo.

* Lentamente examinó su cuerpo y comenzó a relajar todos sus músculos, empezando con los músculos de sus pies, yéndose lentamente hasta los músculos de su cara.

* Se dijo a sí mismo "Que la tensión se vaya de cada una de las partes de mi cuerpo".

* Cuando se terminó, debía pensar que estaba relajado y cómodo.

2) Enfocándose en su respiración.

Comenzó con inhalación profunda, de tal forma que el aire llegara hasta su abdomen, caja tórax y pulmones, para posteriormente exhalar muy despacio.

Esto se debería llevar a cabo colocando su mano en la parte superior de su abdomen para ser más consciente de su respiración.

3) Enfocándose en imágenes.

Imaginando una escena pacífica en calma, serena, por ejemplo: una playa de tal manera que se sienta completamente relajado y que disfrute la sensación.

Estas tres técnicas se pueden integrar en un ejercicio de imaginación para disminuir su nivel de ansiedad.

- Cuestionario de Confianza Situacional para el Consumo de Droga (Alcohol) CCSA-50.

En esta sesión se aplicó nuevamente el Cuestionario De Confianza Situacional para el Consumo de Droga (Alcohol) CCSA-50 (aplicado anteriormente en la sesión 1) para saber que tanta confianza tenía el paciente para enfrentar las situaciones de riesgo.

- Por último se aplicó el ejercicio "Si Yo Fuera a Recaer" donde mencionó aquellas situaciones que lo harían consumir en un momento en donde se encontrara con viejos amigos, o en caso de terminar la relación con su novia.

Las estrategias de enfrentamiento que él propuso ante éstas situaciones fueron:

- Alternar el alcohol con agua u otra bebida sin alcohol.
- Salir un momento (del lugar donde se encuentre) si es posible.
- Despejarse y decirse así mismo "calma".
- Comer algo.
- Irse a su casa (para estar más seguro de no ponerse en peligro).
- Respirar profundo (para relajarse).
- Hablarle al amigo del cual tiene el teléfono en la Tarjeta Alerta.

Tarea:

Forma de Monitoreo Diario y el Plan Semanal de Mantenimiento, los cuales se revisaron la sesión posterior.

SESIÓN 10

Fase de Mantenimiento

- Cuestionario de Satisfacción del Cliente.

Durante esta sesión se otorgó al paciente el Cuestionario de Satisfacción del Cliente.

Reportó sentirse satisfecho con el tratamiento durante estos 2 meses, las herramientas otorgadas le han servido para afrontar las situaciones de riesgo que se le han presentado.

Ahora puede anticiparse a situaciones de riesgo y analizar el momento en el cual se están presentando, así como cuales serán las posibles consecuencias que le traería su consumo, sabe que los problemas se deben de solucionar y que el consumir alcohol en exceso solo sería para evadir la responsabilidad.

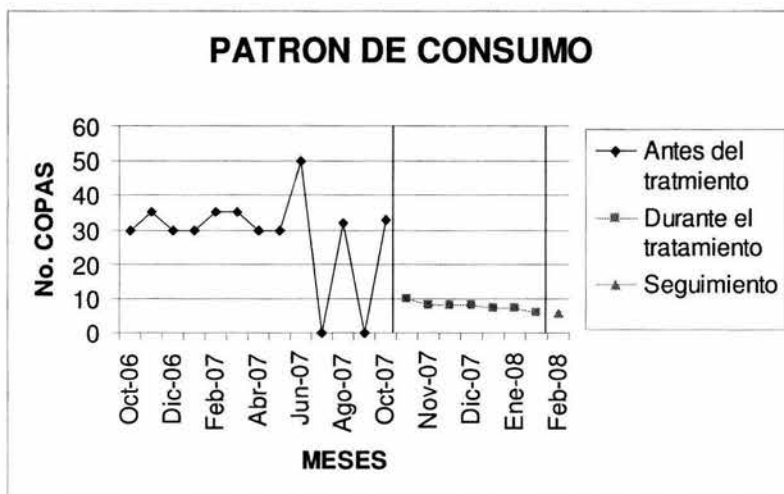
Al finalizar el tratamiento se le otorgó un escrito descriptivo del avance de su rehabilitación, y viendo que Marco tenía autocontrol, se le dió cita para dentro de un mes, esto para analizar como ha sido el avance fuera del tratamiento, y por si se presenta una recaída.

Resultados Obtenidos

A continuación se presentan los datos obtenidos a través de los diferentes instrumentos de evaluación, el tratamiento y el seguimiento al mes de haberlo dado de alta.

En la gráfica 4 se muestra el consumo de alcohol en los últimos 12 meses (previos al inicio del tratamiento) que era de 30 a 35 tragos estándar por mes. Por lo general en fines de semana, empezando en viernes y terminando el sábado.

También se muestra el consumo de alcohol durante y después del tratamiento, el número de copas disminuyó a 6 tragos estándar por semana.



Gráfica 4. Número de copas por ocasión en la línea base y durante el programa.

Al terminar el tratamiento Marco reportó que su consumo por ocasión es de 2 a 3 copas estándar. El episodio de consumo sigue siendo en fines de semana (viernes y sábado), pero su duración disminuyó, ya que ahora tienen una duración de 3 horas aproximadamente por ocasión (al inicio del tratamiento era de 24 horas aproximadamente).

Como se observa en la Tabla 2 el porcentaje de Confianza Situacional tuvo un incremento en las ocho categorías.

Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol. CCSA-50		
Subescala	Línea Base	Tratamiento
Emociones Desagradables	49	68
Malestar Físico	92	92
Emociones Agradables	56	66
Probando el Control Personal	30	64
Impulsos / Tentaciones para usar	50	66
Conflicto con otros	69	83
Presión Social para el Uso	44	54
Momentos Agradables con Otros	34	48

Tabla 2. Muestra los porcentajes de Confianza para cada una de las situaciones

Lo que se pudo observar en los resultados de la segunda aplicación del Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCSA-50) es que su confianza incrementó, sobretodo en aquellas situaciones que antes del tratamiento fueron identificadas como de riesgo para el consumo. Su confianza ante la Presión Social para el Uso aumentó un 10%, en Emociones Desagradables un 19%, en Momentos Agradables con Otros un 14% y en Probando el Control Personal un 34%. Lo que nos indicó que Marco probablemente podía enfrentar de mejor manera las próximas situaciones de riesgo.

Marco refiere que ahora cuenta con nuevas herramientas para moderar (meta establecida al iniciar el tratamiento) su consumo, ya que puede anticiparse a una situación de riesgo o disparador de consumo y hacer un plan de acción, el cual puede incluir alternativas como: alternar una bebida alcohólica con otra sin alcohol, comer algo que contenga grasa, hablarle por teléfono a un amigo de confianza (el cual fue mencionado en el ejercicio "Tarjeta Alerta").

Marco mencionó estar “muy satisfecho con el tratamiento, las destrezas trabajadas le ayudaron a manejar eficazmente sus problemas”. En su opinión la parte del programa que le resultó más útil fueron las técnicas de relajación. El establecimiento de metas semanales lo motivaron mucho para lograr su meta inicial de consumo (moderación).

También refiere que “el Consejo Individual fue muy bueno, ya que aprendió técnicas para detectar las situaciones de riesgo y como manejarlas”.

Seguimiento

Una vez terminado el tratamiento se realizó un seguimiento al mes con Marco, el cual implicó la aplicación de una entrevista de seguimiento.

El paciente refirió que utilizó de manera satisfactoria algunas estrategias que aprendió durante la terapia, como identificación de los disparadores de consumo de alcohol, establecimiento de metas, estrategias de cambio de estilo de vida, proceso que consiste en detenerse y pensar, tips o ayudas para controlar el consumo de alcohol, por ejemplo beber agua entre una copa y otra. Actualmente puede consumir de 5 a 6 copas estándar por semana.

Refirió que el tiempo que duró el tratamiento fue el suficiente para aprender estrategias de enfrentamiento en el consumo y moderar la cantidad de alcohol que llega a consumir.

Considera que la elección de la meta de consumo de alcohol (moderación) fue buena “Creo que antes de la terapia bebía hasta embriagarme, tenía lagunas mentales, ahora llevo el control de cuánto bebo y lo que sucede a mí alrededor, tengo más precaución y me siento muy bien”.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Los resultados en este caso fueron favorables para el paciente, las herramientas adquiridas (destrezas de enfrentamiento) durante el tratamiento así como el compromiso desde un inicio para cambiar su consumo, lo encaminaron para lograr la meta establecida por el mismo, moderación, de ésta manera reportó obtener una mejor calidad de vida.

Las actividades realizadas durante la prestación del servicio se apegaron mucho a las descritas en el cronograma.

Lo que le agregaría al Programa de Conductas Adictivas es aumentar la lista de destrezas que se manejan con los pacientes, propongo destreza para manejar miedo y autoestima, ya que la mayoría de los pacientes que atendí en el servicio social lo mencionaron.

Los resultados obtenidos fueron favorables para el objetivo del tratamiento, los pacientes lograron su meta establecida (abstinencia y moderación de su consumo), lo que quiere decir que el plan de tratamiento personalizado en cada caso fue llevado a cabo satisfactoriamente.

El Programa de Conductas Adictivas me dejó una serie de aprendizajes muy importantes para mi vida profesional, pero sobre todo algo a nivel personal. Se pulieron varios aspectos teóricos, prácticos pero lo más importante es que adquirí la experiencia de trabajar con pacientes reales, de trabajar con un equipo terapéutico, en una institución de gran prestigio.

Aprendí algo más sobre sustancias de abuso, de cómo actúan en el organismo de quien las consume, que tienen sus ventajas y sus desventajas. También me dio la oportunidad de conocer profesionistas, especialistas en esta rama, que dan lo mejor de sí mismos para que se brinde un servicio de calidad.

Me siento muy satisfecha con el apoyo recibido y el servicio que pude dar, ha sido el comienzo de mi ingreso al campo laboral y he tenido buenas experiencias, espero modificar muchas cosas para dar un mejor servicio, y no perder nunca esa vocación.

Referencias.

- Annis, H. M., Schober, R. y Kelly, E. (1996). Matching addiction outpatient counselling to client readiness for change: The role of structured relapse prevention Counselling. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, Vol. 4, 259-348.
- Annis, H. M., Herie, M. A. y Watkin-Merek, L. (1996). *Structured relapse prevention: An outpatient Counselling approach*. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Bandura, A. (1982). *Aprendizaje Social y desarrollo de la personalidad*. España: Alianza.
- Becoña, E. (1998). *Alcoholismo. Manual de terapia de conducta*. Madrid: Dykinson.
- Brailowsky, S. (1995). *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*. México: FCE-CONACYT.
- Campos M, R. (1997) *Alcoholismo, medicina y sociedad en España*. Madrid: CSIC.
- Carroll, K. M. (1998). *Therapy Manuals for Drug Addiction. Manual 1: A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Echeburúa, E y Corral, P (1988). *Evaluación y tratamiento de un caso clínico de alcoholismo*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E (1996). *Alcoholismo*. Madrid: Aguilar.

- Echeburúa, E (2001). *Abuso de alcohol. Guía práctica para el tratamiento*. (pp. 107-158) Madrid: Síntesis.
- ENA. (2002). Encuesta Nacional de Adicciones.
- Goodman, E. G. (2008). *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. México: Mc Graw Hill. Pp. 591-599.
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Medina-Mora, M. E., Carreño, S. y Ortiz, A. (1997). Model Program for the Prevention of Drug and Alcohol Abuse among Workers and their Families. Results from the Research Component. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- PENA. (1989) Secretaría de Salud, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional Contra las Adicciones: *Primera Encuesta Nacional de Adicciones*. México.
- Prochaska, J.O. & Di Clemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Quiroga, A. H. y Cabrera, A. T. (Trads.) (2003). Detección e intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con Consumo Excesivo, Abuso o Dependencia Leve (DIBAEU). Un Enfoque de Reducción del Daño. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología,

Programa de Conductas Adictivas. México. D.F. Traducido y adaptado al español 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: Guilford Press.

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

Quiroga, A. H. y Vital, C. M. (Trads.). (2003). *Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSC)*. 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). *Client Satisfaction Questionnaire*. En Annis, H. M., Herie, M.A. & L. Watkin-Merek, (1996) *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*, (pp. 94-97), 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. (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 Mata, M. A. (2007). *Adicción y Tipos de Consumidores de Drogas. Antecedentes, Definiciones, Clasificaciones y Daños Orgánicos*. Apuntes de la materia "Rehabilitación Conductual", correspondientes al Tema 2 (Conceptos Básicos sobre las Adicciones). Para la elaboración de esta Unidad se consultaron entre otras las obras de Bowman y Rand (1984); *Fármacos de Abuso* (1976); Frenk (1976); dusek y Girdano (1983); la Revista *Alcoholismo* (1983); y *Cuadernos Científicos CEMEF 2* (1975); y SSA-CONADIC, (1992).

Quiroga, A. H. (2008). *Evaluación de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol*. Universidad Nacional Autónoma de México, Tesis de Doctorado, manuscrito no publicado, Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, Psicología y Salud.

- Rey, G. A. (1990). *Estudios médico-sociales sobre marginados en la España del Siglo XIX*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Rodríguez – Martos, A. (1999a). *Alcoholismo: diagnóstico, concepto, motivación y tratamiento*. New York: Prager.
- Sanna, E. M. (1993). Chronic ethanol intoxication induces differential effects on GABA_A and NMDA function in the rat brain. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 115-123.
- SET. (2003). *Sociedad Española de Toxicomanías Manual SET de Alcoholismo*. Madrid: Médica Panamericana.
- Tapia, C.R. (2001). *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno.
- TENA. (1999) Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional Contra las Adicciones: *Tercera Encuesta Nacional de Adicciones*. México.
- Torrens, M. (2001). *Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias: alcohol, cocaína, opiáceos*. España: Ars Médica.
- Velasco, F.R. (1988). *Alcoholismo. Visión Integral*. México: Trillas.
- Villatoro J, Medina-Mora M.E, Rojano C, Fleiz C, Bermúdez P, Castro P, Juárez, F. (2002) ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. *Salud Mental*. 25(1): 43-54.

WHO. (2002) *World Health Organization: The World Health Report*. Ginebra, Suiza.

ANEXO A

CONTRATO DEL TRATAMIENTO INDIVIDUAL PARA EL SRP*

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

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

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

Yo acepto lo siguiente:

1. ASISTENCIA.

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

2. USO DE LA SUSTANCIA.

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

3. PARTICIPACIÓN.

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

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

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

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

4. CONFIDENCIALIDAD.

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

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

*Citación o llamada de la corte.

*Información respecto a enfermedades infecciosas particulares.

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

*Sospecha de abuso infantil.

*Haber cometido o amenaza de cometer crímenes violentos.

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

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

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

Firma del cliente

Firma del testigo

Firma del terapeuta

Fecha: _____

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

FORMA DE MONITOREO DIARIO*

NOMBRE: _____

FECHA: _____

EXP: _____

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

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

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