



Tratamiento para Personas que tienen Problemas con su Forma de Beber

**Centros de Integración Juvenil
Dirección de Tratamiento y
Rehabilitación**

Manual de aplicación

Vigente a 2016

DIRECTORIO

Dr. Jesús Kumate Rodríguez

Presidente Honorario Vitalicio del Patronato Nacional

Dr. Roberto Tapia Conyer

Presidente del Patronato Nacional

Sra. Kena Moreno

Fundadora de CIJ y Vicepresidenta B Vitalicia del Patronato Nacional

Lic. Carmen Fernández Cáceres

Directora General de CIJ

Lic. Iván Rubén Retiz Márquez

Director General Adjunto de Administración

Dr. José Ángel Prado García

Director General Adjunto de Operación y Patronatos

Dr. Ricardo Sánchez Huesca

Director General Adjunto Normativa

Dra. Laura Margarita León León

Directora de Tratamiento y Rehabilitación

Elaboración: Psic. Rosario Franco Bey
Subjefa del Departamento de Centros de Día
Psic. Edith Chávez Vizuet
Subjefa del Departamento de Consulta Externa

Supervisión: Psic. Víctor Hugo Arellano Rocha
Jefe del Departamento de Consulta Externa

Revisión: Psic. Juan David González Sánchez
Subdirector de Consulta Externa

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| MARCO TEÓRICO | 1 |
| TÉCNICAS: Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) | 2 |
| a. Asertividad. | 3 |
| b. Reestructuración cognitiva (Terapia Racional Emotiva Conductual TREC) | 5 |
| c. Solución de Problemas y Toma de Decisiones | 8 |
| d. Terapia de Autocontrol (Autorregulación) | 9 |
| e. Relajación | 11 |
| TRATAMIENTO PARA PERSONAS QUE TIENEN PROBLEMAS CON SU FORMA DE BEBER | 13 |
| EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL ECCA | 13 |
| SESIÓN 1. DECIDIR CAMBIAR Y ESTABLECIMIENTO DE METAS | 16 |
| SESIÓN 2. IDENTIFICAR LOS DAÑOS A LA SALUD QUE PROVOCA EL CONSUMO DE ALCOHOL | 18 |
| SESIÓN 3. ANALIZAR LAS CONSECUENCIAS QUE LES HA OCASIONADO EL CONSUMO DE ALCOHOL | 20 |
| SESIÓN 4. IDENTIFICAR LAS SITUACIONES DE RIESGO QUE PROPICIAN LA REINCIDENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL. | 21 |
| SESIÓN 5. IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑO AL ELIMINAR O MODERAR EL CONSUMO DE ALCOHOL. | 22 |
| SESIÓN 6. DESARROLLAR HABILIDADES COGNITIVO CONDUCTUALES PARA ENFRENTAR LAS SITUACIONES DE CONSUMO IRRESPONSABLE DE ALCOHOL. | 24 |
| SESIÓN 7. NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS | 25 |
| SEGUIMIENTO | 27 |
| BIBLIOGRAFÍA | 28 |
| ANEXOS | 29 |
| ANEXO 1. LÍNEA BASE RETROSPECTIVA DE CONSUMO DE ALCOHOL LIBARE | 30 |
| ANEXO 2. INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA) | 32 |
| ANEXO 3. CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL – BREVE CCS | 34 |
| ANEXO 4. AUTORREGISTRO DE CONSUMO DE ALCOHOL. | 35 |
| ANEXO 5. TIPS DE UN CONSUMO MODERADO, ¿CÓMO MEDIR UN TRAGO ESTÁNDAR? | 36 |
| ANEXO 6. SUGERENCIAS PARA BEBER CON SEGURIDAD O CONTROL. | 37 |

Marco Teórico

El alcoholismo es la última fase de un proceso que inicia con el consumo ocasional o experimental, pasando por el consumo moderado y que puede derivar en el consumo excesivo. Este fenómeno es casi tan antiguo como el hombre mismo y la preocupación por entenderlo y contener sus efectos también existe desde hace mucho tiempo¹.

Sin embargo y a pesar de ello, no fue sino hasta mediados del siglo XIX que un investigador inglés se atrevió por primera vez a considerar al alcoholismo como una enfermedad (Velasco, 1980 y 1997). Una vez aceptado esto, automáticamente los médicos decidieron que por esa razón la enfermedad del alcoholismo era uno de sus objetos de estudio. No fue sino hasta mediados del siglo XX, casi 100 años después, cuando en una reunión internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se reconoció que esta enfermedad tenía que ver con problemas de índole psicológico del individuo que consumía en exceso, por lo cual se abrió, por fin, la puerta a los investigadores de la mente (Barr, 1999). Sin embargo, años más tarde, también se decidió que era una enfermedad no sólo psicológica sino también social, por lo cual, casi a finales de la década de los sesenta, aparecen por primera vez los estudios sociales y culturales acerca del consumo de alcohol (Medina Mora, 1988; Berruecos, 1988).

El consumo de alcohol en México, como en muchos países del mundo, representa un problema de gran magnitud, tanto por los costos que genera a la sociedad y al sistema de salud, como por los efectos en los individuos y las familias.

Panorama Epidemiológico.

En nuestro país el alcoholismo representa el 11.3% de la carga total de enfermedades. (Belsasso, s/f). Así, 49 por ciento de los suicidios y 38 por ciento de los homicidios en el país se cometen bajo los efectos de las bebidas alcohólicas, además de que 38 por ciento de los casos de lesiones ocurren como resultado del consumo excesivo de bebidas embriagantes, particularmente entre jóvenes de 15 y 25 años de edad, etapa de la vida en la que los accidentes ocupan la primera causa de mortalidad. (Galán, 2001: 37). Conviene destacar que más del 13% de la población presenta síndrome de dependencia al alcohol, esto es, 12.5 por ciento de hombres y 0.6 de mujeres entre 18 y 65 años de edad. Los jóvenes entre 15 y 19 años de edad, sufren accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol que constituyen la primera causa de defunción concentrando el 15% de las muertes, los homicidios el 14.6% y los suicidios el 6% de los fallecimientos. (Rosovsky, 2001: 49).

En la ciudad de México, al menos 700 mil menores de edad tienen problemas por consumo excesivo de alcohol y esta enfermedad se localiza en el cuarto lugar de las diez principales causas generadoras de discapacidad. Por otra parte, el 70 por ciento de los accidentes, 60 por ciento de los traumatismos causados en los mismos, 80 por ciento de los divorcios y 60 por ciento de los suicidios están vinculados con el alcoholismo. Se calcula que aproximadamente dos millones 600 mil personas entre los 12 y los 45 años de edad, no tienen acceso a tratamiento para el abuso o dependencia al alcohol y que el 64 por ciento de los homicidios están relacionados con el alcoholismo. Existen en México 12 mil grupos de alcohólicos anónimos y cerca de 1,500 de los llamados "anexos" para desintoxicación bajo reclusión temporal.

Los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones² realizada en 2008 destaca lo siguiente: tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de

¹ Berrueco; Villalobos Luis. *La Investigación sobre el Consumo de Alcohol entre la Población Indígena de México* Publicado en la revista "Liber Adictus"

² ENA 2008

18 a 29 años. Los niveles descienden después conforme aumenta la edad. Los resultados indican que la población adolescente está copiando los patrones de consumo de la población adulta.

La proporción de la población que presenta abuso/dependencia al alcohol es muy elevada. Poco más de cuatro millones de mexicanos (4 168 063) cumple con los criterios para este trastorno; de éstos, tres y medio millones (3 497 946) son hombres y poco más de medio millón (670 117) son mujeres.

Ante esta situación, se ha buscado conformar tratamientos que tengan la capacidad de enseñar al paciente formas en las que pueda moderar su consumo o de ser posible llegar a la abstinencia, sea porque esta contra indicado por prescripción médica, o algún otro motivo.

Es por ello que se desarrolla un programa desde el enfoque cognitivo conductual, al considerar que su piedra angular es el *Entrenamiento en Habilidades Sociales*, que brinda al paciente diferentes formas para afrontar su manera de beber, desde cuestionamientos y disonancias cognitivas o el aprender nuevas conductas.

Técnicas: Entrenamiento en Habilidades Sociales.

La técnica más utilizada como se menciono anteriormente es el Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS), apoyado en otras estrategias como la Reestructuración Cognitiva (Terapia Racional Emotiva Conductual), Solución de Problemas que incluye la Toma de Decisiones, Modelado, Autocontrol (Autorregulación) y Entrenamiento en Relajación.

Las relaciones sociales se aprenden mediante la interacción con los demás; muchos de los problemas que se generan dentro de la convivencia diaria, tienen su origen en la falta de habilidades sociales, las cuales obviamente implican destrezas en la forma de relacionarse con los demás. Llevar a cabo una interacción que resulte placentera en cualquier ámbito (trabajo, escuela, familia e incluso en los ratos de ocio) permite la posibilidad de un desarrollo con mejor eficacia.

Caballo (1991), plantea que una conducta habilidosa no es más que el conjunto de ciertas conductas que se emiten en un determinado contexto para expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de manera adecuada, respetando a los demás.

Esta forma de relacionarnos la aprendemos desde que nacemos, por ello a las habilidades sociales se le consideran un proceso continuo, más ello no significa que todos desarrollamos dichas habilidades en forma adecuada, esto quizá porque:

1. No se tuvo un modelo adecuado para adquirirla o no hubo un aprendizaje directo.
2. Algo las inhibe o interfiere para que se desarrollen.

De manera que para considerar a alguien como habilidoso, se deben considerar tres componentes o dimensiones de la misma que son:

- a. *Conductual*. Tiene un grado de efectividad relacionado con lo que se desea lograr.
- b. *Personal – cogniciones*. Contempla todas las actitudes, valores, pensamientos, creencias y estilos de interacción que se ejercen en cualquier habilidad.
- c. *Situacional – contexto*. El lugar donde se encuentre la persona, pues de ello depende que sea o no apropiada la conducta.

Por ello cuando se considera pertinente establecer un EHS, no debemos olvidar que éste contempla a su vez diferentes ámbitos, como:

- a. Entrenamiento en habilidades. Es necesario determinar las conductas a integrar al repertorio conductual, con apoyo de la Teoría del Aprendizaje Social, que contempla instrucciones, modelado, retroalimentación, reforzamiento entre otras cosas.
- b. Reducir la ansiedad. Esto se logra de manera indirecta cuando se practica la nueva conducta que resulta incompatible con aquella que genera ansiedad.
- c. Reestructuración cognitiva. Cuando se modifican las cogniciones, se da un cambio en las actitudes ya sea de forma directa o indirecta, de manera que la manera de percibir las cosas también cambia.
- d. Entrenamiento en solución de problemas. La persona adquiere la habilidad para percibir los valores reales de las situaciones, procesarlos a fin de obtener respuestas potenciales, seleccionar una de ellas y aplicarlas

Un elemento importante para llevar a cabo un EHS es el modelado, ya que permite aprender nuevas conductas mediante la observación, la interacción y el seguimiento de instrucciones, que al practicar las conductas y generalizarlas en diferentes contextos permiten que la persona desarrolle sus capacidades cognitivas y estas cambian con la edad.

Entre las técnicas que más se utilizan se dividen en dos grandes áreas, que son:

1. Conductuales. Como son el ensayo conductual, reforzamiento, moldeamiento, relajación, las tareas de casa – autorregistro, entre otras.
2. Reestructuración cognitiva. Como la Terapia Racional Emotiva Conductual, solución de problemas, manejo de instrucciones, entre otras.

Para mejores resultados es preferible trabajar en forma grupal, debido a que esto da oportunidad a elegir una respuesta entre las que el mismo grupo puede sugerir, además de que propicia una situación muy similar a la real solo que esta bajo control, por lo que se obtiene una retroalimentación y reforzamiento de forma inmediata, favoreciendo con ello la motivación para intentar las nuevas conductas no solo dentro de las sesiones sino también fuera de ellas, trabajar en grupo permite el ensayo de conductas.

De manera que las técnicas que se utilizaran principalmente son: Reestructuración Cognitiva, Solución de Problemas y Toma de Decisiones, Terapia de Autocontrol y Relajación.

a. Asertividad

Considerada como la habilidad que permite expresar deseos y sentimientos de manera amable, franca, abierta, directa y sobre todo adecuada, sin atentar contra los demás. Imaginemos un triángulo conformado por la asertividad (expresar pensamientos, sentimientos o deseos en forma adecuada), la pasividad (evitar decir o pedir lo que queremos o nos gusta) y la hostilidad (decir o pedir de forma violenta e incluso descalificándose uno mismo).

Linehan (1984), identifica tres tipos de consecuencias, que varían en el tiempo, las situaciones y personas involucradas, las cuales son:

1. Eficacia para lograr los objetivos de la respuesta (eficacia en el objetivo).

2. Eficacia para mantener o mejorar la relación con otra persona en la interacción (eficacia en la relación).
3. Eficacia para mantener la autoestima de la persona socialmente habilidosa (eficacia en el autorrespeto).

Para hablar de asertividad, es necesario identificar primero los otros estilos de respuesta: pasivo u hostil y modificarlos por un estilo más asertivo, que genere menos problemas. Se dice que una persona responde de forma:

1. Pasiva cuando demuestra escasa ambición, pocos deseos y opiniones; tendencia a pensar en forma de “demasiado poco”, “demasiado tarde” o “nunca”. En su conducta no verbal tiende a mirar hacia abajo, usa un tono de voz vacilante que apenas es perceptible o de queja, presenta risas nerviosas, vacilaciones en la toma de decisiones, gestos desvalidos, niega importancia a la situación o la evita, la postura es hundida y mueve mucho las manos. En su conducta verbal usa expresiones como “quizás”, “supongo”, “me pregunto si podríamos”, “te importaría mucho”, “solamente”, “no crees que”, “eh”, “bueno”, “realmente no es importante”, “no te molestes”. Los efectos que provocan pueden ser el tener conflictos interpersonales, depresión, sentimiento de desamparo, una imagen pobre de sí mismo, hacerse daño, perder oportunidades, andar con tensión, sentirse sin control, con soledad y la mayor parte del tiempo la persona se siente desvalido o enfadado.
2. Hostil suele mover la cabeza en actitud negativa, con lo que comunica “a mi manera o nada”; la forma en que suele pensar es “demasiado pronto”, “demasiado tarde”. Entre las conductas no verbales se observan la mirada fija, un tono de voz demasiado alto, un habla fluida y rápida, realizando enfrentamientos, gesticulación amenazante, postura que resulta intimidatoria, se le percibe como deshonesto, emite los mensajes de modo impersonal. En su conducta verbal se escuchan frases como “harías mejor en...”, “haz...”, “ten cuidado”, “debes estar bromeando”, “si no lo haces...”, “no sabes..”, “deberías...”, “mal...”. Los efectos que provocan pueden ser el generar conflictos interpersonales, sentimientos de culpa o frustración, la imagen que tiene de sí mismo es pobre, suele dañar a los demás, pierde oportunidades, presenta tensión, suele sentirse sin control, con soledad y la mayor parte del tiempo está enfadado con todos y por todo.
3. Asertiva cuando coopera con los demás para alcanzar objetivos personales; conlleva el mensaje de “¡estoy contigo!”; suele pensar lo suficiente de las conductas apropiadas en el momento correcto. En su conducta no verbal, se observa un contacto ocular directo, nivel de voz conversacional, con habla fluida, gestos firmes, postura erecta, los mensajes son en primera persona, ello hace que se perciba honesto, las verbalizaciones son positivas con respuestas directas a la situación, manos sueltas. Su conducta verbal, permite frases como “pienso...”, “siento...”, “quiero...”, “hagamos...”, “¿cómo podemos resolver esto?”, “¿qué piensas?”, “¿qué te parece?”. Un estilo de respuesta asertiva, tiene como efecto el resolver problemas, sentirse a gusto consigo mismo y con los demás y por ende satisfecho, con una actitud relajada, sentir que tiene el control de la situación, por lo que es capaz de crear y/o fabricar la mayoría de las oportunidades.

Un entrenamiento asertivo, implica utilizar estrategias como “banco de niebla” o “asentir en principio” y “disco rayado”, las cuales facilitan su ejercicio concreto y cotidiano, pero lo importante es aprender a negociar, para conseguir lo que se quiere y otorgar beneficios al otro.

La negociación requiere de una preparación. Para conseguir cualquier cosa, se debe saber cómo hacerlo, lo que implica propiciar un encuentro cara a cara para negociar con el otro; implicando dos fases:

1. Preparación personal, en la cual debe evitarse caer en los extremos (pasividad u hostilidad), tener claro el objetivo que se pretende conseguir (qué nos motiva a negociar), las emociones no deben confundirse con el objetivo, porque podría explayarse y descargarse emocionalmente lo que

permitiría conseguir una recompensa a corto plazo; pero, es bueno preguntarse ¿he conseguido mi objetivo?

Huir de juicios de intenciones, no debe juzgarse las intenciones del otro, se corre el riesgo de contestar y reaccionar ante esas intenciones y perder de vista el objetivo; de esa forma si el otro hace algo que duela y se piensa que fue con buena intención, se le dejará pasar (ser pasivos); también se puede juzgar que fue hecho con mala intención y entonces buscar atacar esa maldad (ser hostiles). Querer que el otro reconozca que se equivocó y acepte someterse al deseo de uno, puede llevar al sujeto a un objetivo emocional, que compensará la humillación que ha sentido, pero ¿ese es el objetivo?, lo que se intenta es entender qué motivó al otro para actuar en la forma que lo hizo y hacerle saber qué generó en uno.

Crear la oportunidad para la negociación, buscar tiempo y espacio que propicie la negociación; a veces en el momento no se sabe qué hacer o decir, hasta que se va la otra persona y sólo entonces se nos ocurre lo que pudimos o debimos haber dicho; sin embargo, se puede tener una segunda oportunidad, aunque se tenga que crear utilizando frases introductorias, como “de lo que hablábamos ayer, me gustaría comentarte algo...”

2. Preparación del diálogo. Se debe considerar lo que se le planteará al otro, debiendo cubrir los requisitos de ser asertivo, es decir, describir los hechos concretos para tener una base sobre la cual negociar, discutir y hacer los planteamientos precisos; así, en lugar de decir “eres un vago”, se podría plantear “he observado desde hace algunos días, que no comes con nosotros”.

Manifestar sentimientos y pensamientos: se debe comunicar en forma contundente y clara lo que hace sentir aquello que ocurre, aunque le parezca al otro injusto o desproporcionado, pero es lo que se siente y por ende se tiene derecho a decirlo así, sin aceptar descalificación; de igual manera cuando se tiene que escuchar los sentimientos o pensamientos del otro.

Pedir de forma concreta y operativa lo que queremos que haga, no se debe hablar en forma general: “quiero que me respetes”, sino indicar las conductas concretas, de modo que el otro las entienda y pueda realizar: “quiero que cuando hable me mires a los ojos y contestes a lo que te pregunto”.

Especificar las consecuencias que tendrá por hacer o no lo solicitado, evitando que se plantee como castigo. Para ello, es importante realizar ensayos. Se puede imaginar la situación para disminuir la ansiedad, de modo que cuando llegue el momento de hablar con el otro, se pueda hacer sin ponerse nervioso e iniciar la negociación en una mejor posición anímica.

En la ejecución, existen estrategias básicas, no se deben olvidar los objetivos que contempla el diálogo preparado, pues ellos serán la meta a alcanzar, no se busca dar respuesta a digresiones, ser rápido y agudo para responder de manera inmediata a lo que se diga, sino poder emplear el banco de niebla o asentir en principio, utilizando una frase como “puede que tengas razón, pero lo que yo quiero decir es que...” y continuar el diálogo donde fue interrumpido o repetir desde el principio (disco rayado), “lo que dices es importante, más lo que yo te estoy diciendo es que...”; pueden surgir otros temas pero debe terminarse con lo que ha motivado la negociación y después abordar otro tema (de los que surgieron).

b. Reestructuración cognitiva (Terapia Racional Emotiva Conductual –TREC–)

Con esta técnica las personas aprenden a cambiar pensamientos distorsionados (automáticos), que pueden conducir a un malestar emocional y frustración; los pensamientos se consideran la piedra angular dentro de la reestructuración, sin embargo, no se es consciente de ellos y suelen presentarse sin el menor esfuerzo por evocarlos.

En el MCC detectar y modificar pensamientos automáticos es una tarea central; son un aspecto visible de la manera en que se interpreta al mundo, siendo crucial para lograr un auténtico cambio a nivel cognitivo, al delimitar creencias y supuestos básicos sobre los que se realiza la interpretación del mundo y dar sentido a la experiencia cotidiana, de ahí su importancia para modificarlos y evitar que se consideren un obstáculo para el bienestar de la persona.

La reestructuración cognitiva, se trabaja desde la TREC, que se deriva de la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis. En la TRE se detectó que algunas personas presentan un carácter de absolutista (debo..., tengo que...), dejando de lado la probabilidad del evento y/o situación (me gustaría..., podría ser...); esta terapia se apoya en los siguientes puntos:

- A: Son las situaciones activadoras, eventos, situaciones reales, que generan a B.
Son las interpretaciones de las situaciones (A), como pensamientos, opiniones, creencias
- B: irracionales, conclusiones, autoverbalizaciones, quejas, etc., que mantienen y agravan el problema, además anteceden a C.
- C: Son las consecuencias emociones y conductas perturbadoras, como puede ser tristeza, ansiedad, enojo, etc., mismas que surgen a partir de B.
Implica la discusión de la validez de B (de las creencias irracionales), donde el terapeuta
- D: inicialmente cuestiona la validez y la racionalidad de los pensamientos del paciente, mientras le enseña cómo hacerlo.
- E: Será el establecimiento de cambios favorables a partir de la discusión realizada a las creencias irracionales y creación de nuevas creencias racionales y más adaptativas.

Inicialmente debe llevarse a cabo un registro de los pensamientos e interpretaciones (B), emociones consideradas negativas (C), ambos aspectos estarán relacionados con situaciones específicas (A), de modo que el terapeuta pueda cuestionar los pensamientos e ir enseñando al paciente a que lo realice por sí mismo (D), con la finalidad de continuar modificando pensamientos y emociones, o evitar que se reactiven los que van siendo modificados en el tratamiento, favoreciendo a que sean cada vez más racionales, permitiendo propiciar y mantener un cambio en el comportamiento (E).

Di Giuseppe (1986) señala que para cambiar el núcleo de las creencias irracionales en los pacientes, se requiere conseguir tres metas:

1. Crear una considerable disonancia cognitiva, para lo cual se puede aportar una gran cantidad de evidencias (filosóficas, lógicas y empíricas) que logren poner en entredicho las creencias irracionales.
2. Demostrar que la creencia irracional no sólo no soluciona los problemas del paciente, sino que además es disfuncional.
3. Desarrollar creencias más racionales, demostrando que ésta resulta de mayor ayuda al contar con más datos a su favor que la irracional.

Para alcanzar las metas anteriores, el terapeuta puede apoyarse de estrategias de discusión, entre las que se pueden considerar:

- a. Discutir la creencia irracional para mostrar sus fallos lógicos.
- b. Asumir que la creencia irracional es verdadera, en seguida, explorar las deducciones que podrían hacerse sobre el mundo si ésta fuera cierta, así comprueba empíricamente las deducciones.

- c. Ayudar al paciente a experimentar la capacidad de la creencia irracional, que le permita explicar los acontecimientos importantes de su vida, es decir, ¿incluye la creencia irracional a atribuciones precisas sobre acontecimientos?
- d. Ayudar al paciente a revisar el cómo mantiene dicha creencia irracional, de qué manera le ha ayudado o lastimado.
- e. Repetir los pasos anteriores, con la finalidad de que el paciente se de cuenta que la creencia irracional es falsa o autoderrotante.
- f. Ayudar al paciente a crear una nueva creencia racional que sea capaz de reemplazar a la irracional.
- g. Explorar las nuevas creencias racionales, para descubrir si existen posibles fallos de orden lógico.
- h. Realizar deducciones a partir de las creencias racionales, y buscar comprobarlas, para corroborar si la creencia racional permite llegar a cuestiones más precisas que la irracional.
- i. Ayudar al paciente a predecir cómo el cambio de las creencias irracionales por racionales afectarían su comportamiento y en consecuencia se dará un cambio que resultará más ventajoso.

La aplicación consiste en la modificación del sistema de creencias personal y busca ir más allá del adiestramiento del paciente en la evitación o afrontamiento de situaciones de alto riesgo; su meta es identificar y eliminar las creencias adictivas que tenga el paciente reemplazándolas por creencias más adaptativas de control.

Por su parte, Beck y colaboradores (1993), propusieron un método útil y flexible para intervenir en las creencias problemáticas, que se conforma de la siguiente forma:

1. Evaluar la creencia. Puede ser a través de la interacción terapeuta-paciente dentro de las sesiones o mediante cuestionarios estandarizados. Se puede apoyar de preguntas abiertas como: ¿qué piensas sobre...?, ¿qué vino a tu cabeza cuando pasó...?, ¿cómo explicas...?, ¿cómo interpretas...?, ¿qué significa para ti...?; a lo que responda el paciente, el terapeuta lo reflejará con especial énfasis en las creencias expresadas a través de sus propios pensamientos.
2. Orientación del paciente hacia el modelo. Implica modificar las creencias que tiene sobre su consumo, desde una orientación externa “no me puedo controlar”, a una interna “soy responsable de mi consumo y de mi recuperación; considera también la definición de conceptos fundamentales como las creencias adictivas, creencias de control, situaciones de riesgo, deseos, etc., y cómo se interrelacionan entre sí.
3. Examinar y poner a prueba las creencias adictivas. Puede existir una resistencia por reaprendizaje ante las creencias adictivas, por lo que el proceso de modificación se asemeja a un desafío; examinar las creencias implica realizar preguntas probatorias para valorar la validez de las mismas, a esto se le conoce como método socrático o descubrimiento guiado, pueden utilizarse preguntas como: ¿cuál es la evidencia de esta creencia?, ¿cómo sabes que la creencia es verdadera?, ¿dónde está escrito?, ¿dónde lo has aprendido?, ¿qué confianza tienes en la creencia?. O bien examinar y probar las creencias mediante un registro diario de pensamientos.
4. Desarrollo de creencias de control. Mediante el método socrático se busca que el paciente, reemplace sus creencias adictivas por creencias de control, para lo cual se puede ayudar de preguntas como: ¿qué harías si la droga no estuviera disponible?, ¿cuáles son las desventajas de consumir?, ¿de qué otra forma se puede ver esta situación?, ¿qué más podrías hacer para alcanzar el mismo objetivo?, ¿qué más? O bien apoyarse en el análisis de ventajas y desventajas.
5. Práctica de la activación de creencias de control. Puede ser que el paciente no acceda a las creencias de control al momento de enfrentar una tentación, debido al reaprendizaje que tiene de la creencia adictiva; por tal motivo, es preciso poner especial atención en la activación de las creencias de control como parte importante de la terapia, pudiéndose apoyar de tarjetas de

recuerdo, en donde escribe creencias adecuadas, como podrían ser las principales ventajas y desventajas. O la práctica programada, donde se utiliza la imaginación de situaciones de riesgo con la provocación de deseos y la activación de creencias de control para manejarlos.

6. Asignación de tareas dirigidas hacia las creencias. El asignar tareas implica aplicar en el ambiente natural del paciente las habilidades que va aprendiendo en las sesiones; éstas son estructuradas y en la medida que se avance pueden ser menos formales, dependiendo si el paciente desarrolla nuevas y más adaptativas pautas de pensamiento, de modo que el paciente pueda poner a prueba otras creencias adictivas y logre activar creencias de control ante situaciones de alto riesgo.

c. Solución de Problemas y Toma de Decisiones

Existen modelos clásicos de cómo deben tomarse decisiones y un esquema básico para solucionar problemas. D'Zurilla, Goldfried (1971), plantearon cómo realizarlo de manera efectiva; sin embargo, los méritos en solución de problemas se otorgan a Nezu.

El modelo de toma de decisiones considera dos dimensiones:

1. Orientación al Problema, incluye las creencias sobre el control que ejerce la persona en la resolución de sus problemas, retomando la autoeficacia; la orientación puede ser positiva y permite ver los problemas como retos, mantener una actitud optimista al considerar que tienen solución, se percibe con la capacidad para enfrentarlos, estar dispuesto a invertir tiempo y esfuerzo para encontrar la solución; o negativa, donde los problemas se ven como amenazas, generando la creencia de que son insolubles, dudar en que tiene habilidad para solucionarlos, frustrarse y/o estresarse al estar frente al problema.
2. Pasos que configuran un proceso ideal para solucionar problemas y por ende la toma de decisiones. Las demandas a la situación pueden provenir del exterior, aunque los objetivos y valores vengan de la persona; entre las barreras más comunes que se tienen para alcanzar los objetivos se pueden mencionar la ambigüedad, incertidumbre, demandas en conflicto, falta de recursos o novedades, por ello es importante definir los objetivos que se pretenden alcanzar.

Resolver un problema, implica hacer un análisis para identificar los aspectos relevantes que influyen en su aparición y mantenimiento, o qué hace amenazante la situación, para generar conductas alternativas, donde la crítica y autocrítica son importantes; en un primer intento deben evitarse para considerar las soluciones sin censura, de modo que cualquier propuesta se pueda aprovechar, y generar al mismo tiempo otras alternativas que serán evaluadas posteriormente.

Extrapolar los resultados asociados a cada alternativa generada, permite prever posibles resultados o cambios que se pueden presentar en la situación al poner en práctica alguna de las conductas sugeridas; el resultado no depende únicamente de lo que se haga, también de las reacciones que provoca en los demás involucrados. De ahí que predecir resultados es difícil, la incertidumbre juega un papel fundamental; la trampa de la preocupación previene de otros sucesos, mediante el "¿y sí...?"

Extraer las consecuencias de cada resultado, permite valorar la situación generada de acuerdo a los objetivos que se pretenden alcanzar, esta evaluación se hace de forma consciente y pensada, colocando en una balanza cada aspecto del resultado, y no sólo considerando el sentimiento o sensación que provoca en la situación prevista.

Elegir la acción que se llevará a cabo, de acuerdo a los resultados evaluados (actuación y consecuencias), se considera la más adecuada para ponerla en práctica, “eso es lo que tendría que hacer; pero...”

Controlar el proceso cuando se lleva a cabo la acción, permite monitorear si el resultado va en camino a lo que se espera o no; si no para generar nuevos caminos o hacer cambios a los planes, reiniciando el proceso de monitorear y controlar cualquier acción que se dirija hacia el objetivo.

Evaluar los resultados obtenidos, propicia un aprendizaje para el futuro, la evaluación debe basarse en resultados reales, medibles y obtenidos; sin considerar las reacciones implícitas o sentimientos de los demás para evitar caer en una preocupación inútil y destructiva; revisar la propia actuación permite tomar en consideración otras acciones (no contempladas previamente) “¿si hubiera dicho ésto en lugar de lo que dije... ?”; saber cómo ha reaccionado el otro, permite ajustar la actuación para llegar al resultado buscado.

Al seguir estos pasos, no sólo se aprende a tomar decisiones, sino que también a solucionar problemas que podrían poner en riesgo la abstinencia y propiciar el desencadenamiento de una recaída.

d. Terapia de Autocontrol (Autorregulación)

Son estrategias que se aplican de modo auxiliar (en diversas psicoterapias); el objetivo es que el paciente pueda identificar, controlar y/o modificar su conducta en diferentes ámbitos, con la finalidad de alcanzar metas a largo plazo.

La persona juega a ser dos a la vez, una es respondiente (se comporta de modo problemático) y la otra como controlador (observa, evalúa y modifica la conducta del primero); la labor del terapeuta es apoyar y ser un colaborador con la segunda mientras la participación del paciente se hace más activa; debido a que el autocontrol convierte los procesos encubiertos e informales (que están fuera de conciencia) en procedimientos manifiestos, formales o conscientes.

La principal estrategia consiste en la realización de tareas para casa, de esa forma se propicia el cambio en situaciones naturales, de modo que la sesión de terapia se convierte en un espacio para evaluar y de ser necesario modificar la planificación. Bandura planteó el modelo triárquico, sustentado en la Teoría Socio-Cognitiva, que permite realizar un análisis en el funcionamiento autorregulativo, donde interactúan tres subprocesos básicos, los cuales son:

- Auto-observación. Conocida como un monitoreo personal o autorregistro, es un análisis detallado del comportamiento por parte del propio paciente, de esa forma se asegura la imagen precisa del comportamiento.
- Auto-evaluación. Es la comparación realizada entre los logros actuales y las metas preestablecidas (no deben ser muy altas porque llevarían al fracaso, ni muy bajas porque carecerían de sentido); se incide en esta parte al considerar dos tipos de metas: absolutas (fijadas con criterio de referencia) y normativas (se basan y fundamentan en comparaciones referidas por la realización de otras personas).

- Auto-refuerzo. Relacionada con los criterios evaluativos de las realizaciones de los demás; se utilizan recompensas personales y no auto-castigos. ¡Mejor celebrar las victorias, que lidiar con los fallos!

La vinculación de los tres se observa como una especie de bucle de retroalimentación, donde la conducta es registrada (auto-observación), evaluada en comparación con un patrón o modelo (auto-juzgamiento) y finalmente regulada por el autorrefuerzo (auto-reacción). Donde además la autoeficacia como variable personal (sea la percepción o creencia que se tenga de la misma) es considerada una llave en el proceso autorregulatorio.

Para dar inicio al autocontrol, se debe tener claro el establecimiento y tipo de objetivos, éstos pueden ser distal (se alcanzan a largo plazo) o proximal (son más próximos y se abordan desde el inicio) antes de elaborar un plan, de lo contrario éste podría fracasar. Hacer un buen uso de la autorregulación es importante porque afectará las competencias de la vida diaria y hará cambios en distintos ámbitos (personal, social, cultural, educativo, profesional, etc.).

Existen diferentes formas de llevar a cabo el autocontrol, el terapeuta utiliza o crea el formato que más se adapte a las necesidades del tratamiento, los cuales permiten no sólo registrar la presencia de una conducta, también la no presencia, es decir, se registra la oportunidad en que se pudo llevar a cabo una conducta determinada y qué impidió realizarla. Los diferentes formatos pueden ser:

- Autorregistro. Evalúa la conducta en dimensión, frecuencia, duración, intensidad o calidad; registra antecedentes situacionales y consecuencias (afectos involucrados, relaciones interpersonales, entre otras variables que pueden anticipar la conducta); generalmente provoca que las conductas deseadas se incrementen en tanto que las problemáticas van disminuyendo, con lo que se fortalece la autoeficacia.
- Tablas de conducta. Se anota el número de veces que se realiza la conducta, por ejemplo cuántos cigarrillos se fuma en el día o cuántas veces en el día pudo ser asertivo y no lo fue, lo importante es la frecuencia de la conducta y no los factores que intervienen en ella.
- Diarios de conducta. Son más complejos (depende de la conducta objetivo), se registran cuatro aspectos: a) ¿Cuándo sucedió? (momento en que se realiza la conducta); b) ¿Dónde te encontrabas? (en qué lugar sucede); c) ¿Cuántas veces sucedió? (número de veces en que se realiza en el día) y d) ¿Cómo te sentiste? (condiciones o situaciones vinculadas a la conducta; incluye estados de ánimo, presión familiar, laboral, académica, etc.).
- Registro en retrospectiva. Implica realizar un registro de cómo se ha manifestado la conducta, a partir de ese momento hacia atrás hasta completar el lapso que determine el terapeuta (puede ser un mes, bimestre, trimestre, cuatrimestre, semestre o año), para establecer una información base sobre la misma (utilizada en el proyecto de personas con problemas por su forma de beber).
- Auto-contratos. Permite establecer un compromiso de adherencia al plan diseñado, también las medidas oportunas a seguir en caso de incumplimiento; quedan explícitas las consecuencias a obtener, se realiza con testigos que le apoyen en el control de recompensas y castigos si se considera el paciente que no será lo suficientemente estricto, evitando que sean los padres (porque resultaría persecutorio) y tener cuidado de no generar conflictos en las relaciones establecidas con dichas personas.

Una vez recabada la información suficiente, se realiza un plan de modificación ambiental (planning ambiental), que le permita al paciente evitar situaciones que le conducen a la conducta que quiere cambiar, en este caso podría ser apartarse de lugares o grupos asociados al consumo, acciones sencillas como retirar ceniceros, beber té en lugar de café.

- Modificar situaciones y círculos sociales. Apoyar al paciente en la búsqueda de nuevas amistades (que le permitan adquirir hábitos más saludables), crear una red de apoyo que le permita reestablecer conexión con diferentes instituciones (educativas, de salud, recreativas, culturales), o relacionarse mejor con familiares.
- Modificar el estado de ánimo y las actitudes, que están asociadas al inicio y mantenimiento del consumo; se hace necesario ampliar el repertorio conductual (Habilidades para el Mantenimiento de la Abstinencia y Estrategias de Afrontamiento) del paciente para que haga un mejor manejo de los mismos.

e. Relajación

Es un procedimiento de intervención útil y puede ser parte de otras técnicas. Desde la postura psicofisiológica (implica una ausencia de tensión muscular), donde lo fisiológico y psicológico interactúan y son parte del proceso, son causa y producto. La relajación hace referencia al componente fisiológico (patrón reducido de activación somática y autónoma), al subjetivo (informes verbales de tranquilidad y sosiego) y al conductual (estado de quiescencia motora).

El estrés es una respuesta biológica ante situaciones que se perciben y evalúan como amenazantes, en las que el organismo no posee recursos suficientes para afrontarlas y pone de manifiesto dos variables: valoración cognitiva (de la situación) y la capacidad del paciente para hacerle frente; la respuesta ante el estrés incluye sistemas como el neurofisiológico, neuroendocrino e inmunológico.

Las técnicas de relajación se basan en la respiración, al ser el principal mecanismo en las interacciones cardiorrespiratorias del control vagal; además una vez emitida la respuesta de relajación, ésta se puede condicionar a estímulos neutrales ubicados en el ambiente o contracondicionada a aquellos que la evocaron.

Previo al entrenamiento en relajación, se requiere una evaluación del problema (si no sería un esfuerzo inútil y contraproducente), apoyándose en entrevistas, autorregistros, cuestionarios, observación, etc., que permitan a la persona observar que diariamente está expuesta a una tensión excesiva que el organismo por sí mismo no puede afrontar.

En la aplicación de esta técnica debe considerarse:

- Relación paciente-terapeuta. A ambos debe quedarles claro el por qué se usará la relajación, evitando generar dependencia; por el contrario, se favorecerá la independencia con frases como “puedes aprender algo que te ayude a sentir mejor, tu serás quien elimine la tensión”, el éxito radica en ser buen motivador para que el paciente aprenda a reconocer y relajar la tensión, practicar diario en casa, aplicarla en la vida cotidiana, en especial ante situaciones estresantes, hasta convertirla en un hábito.
- Ambiente físico. Es el espacio en que se brinda la relajación e incluso la vestimenta del paciente.
- Voz del terapeuta, el tono e intensidad variará dependiendo el tipo de relajación ha utilizar:
- Progresiva, tiene como objetivo tensar y relajar sucesivamente grupos específicos de músculos; lo que permite avanzar de forma paulatina durante ocho sesiones, se requiere de tiempo suficiente para aplicarla y aprenderla.
- Pasiva, busca sólo relajar los grupos musculares, es útil en personas que se les dificulta relajarse después de tensar o no pueden tensar algún músculo por problemas orgánicos o tensionales, y para los que se les dificulta relajarse en casa. La voz es lenta y pausada sin llegar a un tono hipnótico; la entonación puede producir estados de relajación profundos en

una primera sesión y generar dependencia a la voz del terapeuta, por ello se recomienda otorgar una cinta para que practique en casa, el paciente debe interiorizar las instrucciones.

- Autógena, consiste en frases que se elaboran con el fin de inducir estados de relajación mediante autosugestiones, como sensación de pesadez y calor en extremidades; regular el pulso; sensaciones de tranquilidad y confianza; así como la concentración pasiva de la respiración (es la más utilizada), requiere menos tiempo, aun así se debe practicar hasta que se consiga la relajación en forma automática. Es semejante a la respuesta de relajación, que adopta técnicas de meditación donde se utiliza un mantra; los cambios fisiológicos se observan en el decremento del consumo de oxígeno, eliminación del dióxido de carbono y la tasa respiratoria. En éstas se puede hacer uso de la imaginación para mejores resultados.

El trabajo que a continuación se presenta está basado en el programa diseñado por la Facultad de Psicología de la UNAM, de tal forma que su base teórica es desde la terapia cognitivo-conductual, en combinación con elementos de la entrevista motivacional, que favorecen un balance decisional, a la par de una reestructuración cognitiva que permita cambiar las creencias que los pacientes tienen respecto al consumo del alcohol y en consecuencia a los daños o consecuencias que el mismo tiene.

Con esta intervención, se pretende que el paciente aprenda a enfrentar diversas situaciones que le llevan a un consumo arriesgado o problemático, de tal forma que pueda incrementar la percepción de su autoeficacia y en consecuencia se sienta en la posibilidad de resolver aquellos problemas que de alguna forma se han visto relacionados en su consumo de alcohol.

Por ello, al igual que todas las intervenciones que se realizan desde este enfoque teórico, es importante que el paciente tenga una participación proactiva, la cual en un inicio será estimulada por el terapeuta (mediante un estilo activo directivo), que busca que el paciente se responsabilice de su mejoría, y para lograrlo el terapeuta deberá brindar una retroalimentación de manera continua durante el tratamiento.

En este sentido, no podemos olvidar que trabajar desde el enfoque cognitivo conductual implica los siguientes aspectos:

a) Realizar una valoración o línea base.

En este caso, se realizara mediante la Entrevista de Evaluación Conductual de Consumo de Alcohol (ECCA), la cual es una evaluación detallada y a partir de la información que se obtiene, da las bases para desarrollar un plan de tratamiento con metas útiles y estrategias adecuadas para el paciente. Este proceso se considera continuo e interactivo, ya que se da previo, durante y después del tratamiento, a partir de la información que se va obteniendo el terapeuta junto con paciente determinar la meta a lograr: reducción o abstinencia.

b) Llevar a cabo un entrenamiento de habilidades.

A partir de los resultados, se establecen las habilidades que el paciente debe desarrollar para afrontar su consumo de alcohol. En este sentido, el tratamiento se apoya en la biblioterapia, entrenamiento de habilidades sociales que contempla asertividad, solución de problemas, toma de decisiones, reestructuración cognitiva, ensayos de conducta, modelamiento, entre otras; las cuales buscan que a partir de lecturas y ejercicios el paciente vaya cambiando su percepción y actitud ante el consumo, de tal forma que en consecuencia pueda cuestionarse sobre determinadas creencias que han acompañado su consumo y esto favorezca un cambio en el mismo.

c) Manejo de tareas para casa.

Para que una intervención desde lo cognitivo conductual pueda tener éxito, deben realizarse las tareas que el terapeuta deja, a fin de que el paciente ponga en práctica lo trabajado en un contexto controlado como lo son las sesiones del tratamiento en su contexto cotidiano, entre las tareas una de las principales es el manejo del autorregistro, ya que le permite al paciente estar monitoreando todo el tiempo su conducta; de hecho los estudios demuestran que esta técnica por sí misma favorece el cambio de cualquier conducta.

d) *Manejo de prevención de recaída.*

Es importante apoyar al paciente en el mantenimiento de su meta, sea el consumo controlado o la abstinencia, por lo que se le debe preparar para afrontar las situaciones que le pudieran llevar nuevamente al consumo, y en caso de que se presente, este se considere más como una oportunidad de redoblar esfuerzos e incluso cambiar la meta en el caso de quienes inicialmente eligen disminuir el consumo.

No olvidemos que la recaída es un proceso, donde el paciente puede ir identificando señales que le advierten de un posible consumo, de tal forma que si él puede reconocer dichas señales podrá intervenir de manera oportuna, evitando así nuevamente el consumo; y en caso de que no lo llegue hacer de esa forma, podrá analizar lo que ocurrió, convirtiéndose la recaída en una oportunidad de aprendizaje.

Tratamiento para Personas que tienen Problemas con su Forma de Beber

Evaluación Conductual de Consumo de Alcohol (ECCA)

Durante el ECCA se busca indagar las circunstancias y patrones del consumo; situaciones y estados de ánimo que preceden de manera reiterativa el mismo; ayudar al paciente a que identifique las dificultades que puede tener para lograr la disminución o abstinencia (según sea el caso); así como otros problemas que de alguna forma se han asociado al consumo de alcohol por no encontrar mejores formas de afrontarlos o no contar con las habilidades necesarias para ello.

Para lo cual el terapeuta utilizará la *Entrevista Motivacional (EM)* a fin de lograr una mejor adherencia terapéutica durante todo el tratamiento, informando al paciente en qué consiste el mismo y mantener la motivación de este ante los esfuerzos que vaya realizando.

Es importante que el terapeuta identifique en que etapa de cambio se encuentra el paciente, para implementar las estrategias pertinentes de la EM así como de la *Intervención Mínima Sistemática (IMS)*, ambas favorecen el avance en el proceso de cambio. Una IMS bien aplicada marca la diferencia entre un paciente renuente al tratamiento y el ingreso de este al mismo.

Dentro de la ECCA, se aplica también la *Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE, anexo 1)*, que ayuda a establecer el patrón de consumo, para lo cual se le solicita al paciente realice una regresión a partir del momento en que se encuentra hasta completar un año lo más preciso que le sea posible, en los días que no se haya presentado el consumo se marca con un “cero”; más que considerar la bebida alcohólica consumida debe considerarse la cantidad de *tragos estándar*, con esto se irá identificando los días clave en que el consumo se presenta y las consecuencias por el mismo como hospitalizaciones, arrestos, etc.

Trago Estándar

La concentración de alcohol varía de acuerdo a la bebida y ración

| Bebida | Equivale a |
|--|--------------------|
| 1 cerveza de 341 ml 1 copa de vino de mesa (142 ml) 1 copa de licor destilado (43 ml) 1 tornillo de pulque (340 ml) | 1 trago estándar |
| 1 cerveza caguama 1 litro de pulque | 3 tragos estándar |
| 1 botella de vino de 750 ml | 5 tragos estándar |
| 1 botella de vino de 1 litro | 7 tragos estándar |
| 1 botella de destilados de 340 ml (Whisky, Ron, Brandy, Vodka, Tequila) | 8 tragos estándar |
| 1 botella de destilados de 900 ml | 17 tragos estándar |

Con el LIBARE, también se pueden determinar los días de abstinencia, obtener un promedio de consumo por día, cuando se presenta un consumo moderado (de uno a cuatro tragos estándar), excesivo (de uno a nueve tragos estándar) o superior al excesivo (de 10 tragos estándar en adelante).

Por ello es importante contar las casillas que tengan valores por arriba de cero (días de consumo); del mismo modo aquellas que tienen valor igual a cero (días de abstinencia); para establecer el total de tragos estándar se hace la sumatoria de los valores de las casillas que indican el número de tragos que realizó el paciente y el valor que se obtenga se divide entre los 12 meses del año si lo que queremos es obtener un promedio mensual, pero si el total de tragos consumidos al año se divide *únicamente* entre los días que se presentó el consumo lo que se puede obtener es el promedio por día.

Los días de abstinencia se obtiene al dividir la sumatoria de las casillas con valor igual a cero entre 365×100

En el caso del *Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA, anexo 2)*, plantea 100 situaciones en las que el paciente debe identificar cuando se dio un consumo intenso; en tanto que el *Cuestionario de Confianza Situacional Breve (CCS-breve, anexo 3)* plantea ocho reactivos que permiten evaluar la habilidad que el paciente percibe de sí mismo para resistirse de un posible consumo de alcohol ante situaciones particulares. Ambas permiten evaluar situaciones de recaída previa y/o potencial, además de estar agrupados en dos categorías prioritarias:

- 1) Intrapersonales. Que se subdividen en:
 - a. Emociones desagradables,
 - b. Malestar físico,
 - c. Emociones placenteras,
 - d. Probar el autocontrol ante el consumo
 - e. Tentación o necesidad de consumir.
- 2) Interpersonales. A su vez se subdividen en:
 - a. Conflictos con otros,
 - b. Presión de otros para beber,
 - c. Momentos placenteros.

Al término de la ECCA, se le proporciona al paciente el material para la siguiente sesión, que propiamente dicho es la primera del tratamiento como tal, los cuales son:

Un formato de *autorregistro (anexo 4)* en donde el paciente deberá registrar de manera rutinaria ciertos aspectos relacionados con su consumo tales como fecha, cantidad, situaciones en las que se presentó el consumo, qué pensó o sintió en relación a este. Es importante que entienda el paciente cuál es la importancia de realizar su autorregistro y cómo deberá hacerlo.

Se le explicará que este autorregistro se estará revisando y comentando al inicio de cada sesión de trabajo, a lo largo del tratamiento con la intención de identificar los cambios que su patrón de consumo vaya teniendo, y en un momento dado contar con información que permita identificar los momentos de mayor riesgo para una recaída, dando oportunidad de generar estrategias para afrontarlas.

También se le entregará el formato de *Tips de un consumo moderado, ¿cómo medir un trago estándar? (anexo 5)* y el material a revisar para trabajarlo en la siguiente sesión.

Sesión 1

DECIDIR CAMBIAR Y ESTABLECIMIENTO DE METAS.

Objetivos:

- a) Establecer la meta de consumo con relación a la forma original de beber.
- b) Identificar y analizar los motivos por los que el consumo de alcohol inicio y se ha mantenido.

Material:

- a) Rotafolio y marcadores.
- b) Resultados de la LIBARE
- c) Sugerencias para beber con seguridad y control.
- d) Autoregistro.

Lo que debe lograr el paciente:

- a) Analizar los costos y beneficios de su forma de beber.
- b) Tomar conciencia de sus decisiones y consecuencias.
- c) Identificar las razones para decidir el cambio.
- d) Motivación para modificar su forma de beber o lograr la abstinencia.

Procedimiento:

- a) Se realiza cualquier técnica de presentación en el grupo, que permita a su vez indagar lo que cada integrante pretende lograr, así como establecer los lineamientos para trabajar.
- b) Se procede a revisar el autorregistro, indagando si tuvieron problemas para su realización así como el hecho de que a partir de la visualización que permite el autorregistro, cada uno de los integrantes del grupo determinara la meta a lograr, pudiendo ser la reducción o la abstinencia.
- c) En sesión plenaria, se discute respecto al material de lectura y posteriormente se procede a la conformación de parejas para la realización de los siguientes ejercicios:

Decisión de cambio. Consiste en completar una tabla de cuatro celdas, donde se cruzan beneficios y costos, ya sea por cambiar la forma de beber o por continuar con esta. Este ejercicio favorece la motivación para el cambio, pues le permite al paciente percatarse de que los costos por mantener su patrón de consumo pueden ser más perjudiciales que los beneficios que puede alcanzar, el realizarlo en parejas favorece por un lado la integración del grupo y al mismo tiempo la cuestión del espejeo, es decir, puede ocurrir que un paciente no logre visualizar los costos que le lleva su forma de beber sin embargo su compañero sí porque ya los vivió (aprendizaje vicario). Se compartirá con el grupo lo que cada pareja trabajo.

Razones para cambiar. A partir del ejercicio anterior, cada integrante del grupo deberá plantear sus razones por las que desea cambiar su forma de beber y jerarquizarlas (mínimo tres razones por persona) y las compartirán en grupo, esto permitirá que se dé una identificación dentro del mismo a fin de poderse apoyar durante el tratamiento.

Nuevamente en parejas, se realizara el *Establecimiento de metas*, a partir de todas las alternativas que han planteado y escuchado de sus compañeros, cada uno establecerá su meta a lograr, pudiendo ser **reducir el consumo** (siempre y cuando no lo tenga contraindicado) o **lograr la abstinencia**.

En el primer caso se consideraran las *Sugerencias para beber con seguridad o control (anexo 6)*, considerando el consumo como parte de una actividad social o por el solo hecho de disfrutar una bebida. Es importante que sea el paciente quien defina su meta, desde cuantos tragos va a consumir y en qué frecuencia.

Si su meta no es compatible a lo que podemos considerar un *consumo seguro o con control*, que por contraindicación médica no le es posible seguir bebiendo, se le explican las razones por las que es mejor que considere la abstinencia. El terapeuta no puede determinar la meta, aunque si puede dar sugerencias y razones al paciente, es importante recordar que cada paciente decidirá.

Estando en parejas, deberá preguntarse uno al otro que tan seguro se siente de lograrlo; de esta forma se promueve que logren reflejar la disposición que cada uno tiene para cambiar en su consumo. Si la pareja coincide en la meta se podrán reforzar las razones por las que establecieron dicha meta.

- d) A modo individual, se informa grosso modo sobre los resultados obtenidos del ECCA.
- e) A los pacientes que se les haya solicitado análisis de laboratorio, deberán pasar con el médico para la interpretación de los mismos.
- f) Al término, se realiza un resumen de lo trabajado entre todos.

Sesión 2

IDENTIFICAR LOS DAÑOS A LA SALUD QUE PROVOCA EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Objetivos:

- a) Desarrollar estrategias para afrontar las situaciones de riesgo de consumo excesivo de alcohol.
- b) Analizar los daños a la salud que provoca.

Material:

- a) Rotafolio y marcadores.
- b) Autorregistro.

Lo que debe lograr el paciente:

- a) Desarrollar un plan de acción, que le permita controlar su consumo ante situaciones de riesgo.
- b) Identificar los daños que le está ocasionando a su salud el consumo de alcohol.

Procedimiento:

- a) Se dará la bienvenida a los integrantes del grupo, realizando un pequeño resumen de lo trabajado en la sesión anterior, a fin de introducir el tema a trabajar.
- b) Se hace revisión del autorregistro, considerando la meta que se estableció en la sesión anterior.
- c) En sesión plenaria, se indaga cuáles consideran que pudieron ser las peores consecuencias que tuvieron anteriormente por su consumo o podrían tener si no estuvieran en el tratamiento, buscando encausar la discusión hacia los daños que ocasiona al organismo.

Posteriormente se formaran parejas (de ser posible que compartan la meta a lograr) para realizar los siguientes ejercicios; *Opciones y probables consecuencias*, cada pareja llegará a un acuerdo y planteara cuales consideran pueden ser sus opciones o alternativas que pueden poner en práctica ante situaciones que le puedan llevar al consumo, considerando para ello los pros y contras tanto a corto como a largo plazo enfatizando en lo que respecta a su salud.

Una vez que cada pareja haya realizado esto (de común acuerdo), deberán establecer un *Plan de acción*, considerando lo que quieren lograr y el cómo lo van a lograr, por estar en parejas podrán surgir varias alternativas, de tal forma que elijan las dos mejores opciones y las detallaran lo mejor que les sea posible, tomando como eje las siguientes preguntas *qué harán, cómo, cuándo y ante quién*. Posteriormente se comparte con el resto del grupo a fin de que entre ellos mismos se apoyen y/o cuestionen para mejorar los planes de acción. Lo que se busca es trabajar desde la técnica del espejeo o modelamiento, de tal forma que entre los mismos pacientes se motiven para continuar en el proceso de cambio, no olvidemos que trabajar desde lo cognitivo conductual implica el manejo de un aprendizaje observacional

Identificación de los daños a la salud, por consumo de alcohol. El terapeuta pregunta al grupo, como se han sentido últimamente, qué cambios han notado en ellos respecto a su forma de beber antes de iniciar el tratamiento, e ira anotando en el rotafolio las respuestas, a fin de resaltar posteriormente los beneficios que ello ha tenido en su salud y lo que podría ocurrir si regresan a sus patrones de consumo anterior. Lo que se busca es generar disonancia en cada uno de los pacientes, al cuestionarse *lo que tenían, lo que actualmente tienen y lo que podrían perder*; buscando reforzar la

motivación para el cambio y cumplimiento de la meta establecida, y quizá en algunos integrantes del grupo la probabilidad de cambiar su meta de reducción por la de abstinencia.

d) Al término, se realiza un resumen de lo trabajado entre todos.

Sesión 3

ANALIZAR LAS CONSECUENCIAS QUE LES HA OCASIONADO EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Objetivo:

- a) Identificar las consecuencias individuales, familiares, laborales y sociales, que les ha ocasionado el consumo de alcohol.

Material:

- a) Rotafolio y marcadores.
- b) Autorregistro.

Lo que debe lograr el paciente:

- a) Identificar las consecuencias que ha tenido por su consumo, en las diferentes áreas de su vida.
- b) Establecer cambios a fin de fortalecer y/o solventar esas consecuencias.

Procedimiento:

- a) Se dará la bienvenida a los integrantes del grupo, realizando un pequeño resumen de lo trabajado en la sesión anterior, a fin de introducir el tema a trabajar.
- b) Se hace revisión del autorregistro considerando la meta que se estableció.
- c) El terapeuta propiciara una discusión en el grupo sobre cuales consideran que han sido las consecuencias que han tenido que pasar por su manera de beber, en los distintos contextos como son el personal, familiar, escolar, laboral y social; para lo cual el terapeuta anotara en el rotafolio las ideas (lluvia de respuestas) que el grupo va exponiendo para que las pueda retomar en otro momento.

Después conformara de cuatro a cinco parejas (una por contexto) y les solicitará que a partir de lo que dijo todo el grupo, considerando el contexto que a cada pareja le tocará trabajar, de qué forma podrían hacer cambios a fin de mejorar su desempeño en dicho contexto, pudiéndose apoyar de preguntas tales como *por qué es importante cambiar, de qué forma puedo cambiar, qué puedo obtener si logro cambiar, de qué forma puedo subsanar el daño provocado en cada contexto*. Esto es, se realizara la aplicación de la técnica solución de problemas, para lo cual previamente el terapeuta explicará el procedimiento que se debe seguir.

Posteriormente, en sesión plenaria compartirá cada pareja lo que ha planteado y el grupo podrá enriquecer las alternativas que se han considerado, retomando para ello la propia experiencia del paciente, en este sentido el terapeuta deberá favorecer la autoeficacia, por mínima que esta pueda ser. Intencionado que cada uno de los pacientes se decida a iniciar con los cambios en su vivir cotidiano sino lo ha empezado hacer, y si ha hecho pequeños intentos reforzar estos a fin de que continúe.

No olvidemos que cambiar una conducta implica tiempo, para ir identificando y cambiando lo que se considere pertinente, en la medida que el paciente avance en el proceso de tratamiento ira identificando más aspectos por los que es necesario cambiar su patrón de consumo, pudiéndose obtener que pacientes que inicialmente consideraron como meta la reducción, puedan cambiar de idea y considerar la abstinencia.

- d) Al término, se realiza un resumen de lo trabajado entre todos.

Sesión 4

IDENTIFICAR LAS SITUACIONES DE RIESGO QUE PROPICIAN LA REINCIDENCIA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Objetivo:

- a) Identificar las situaciones y/o factores de riesgo sea individuales, familiares, laborales y/o sociales, que propician la reincidencia en el consumo de alcohol.

Material:

- a) Rotafolio y marcadores.
- b) Autorregistro.

Lo que debe lograr el paciente:

- a) Identificar las situaciones que ponen en riesgo el cumplimiento de su meta.

Procedimiento:

- a) Se dará la bienvenida a los integrantes del grupo, realizando un pequeño resumen de lo trabajado en la sesión anterior, a fin de introducir el tema a trabajar.
- b) Se hace revisión del autorregistro considerando la meta que se estableció.
- c) A la par de dicha revisión, se indaga si pudieron poner en práctica las estrategias abordadas en la sesión anterior y cómo les fue, sino pudieron qué paso, esto con la finalidad de que en grupo puedan ir analizando aquellos factores que consideren puedan predisponer la presencia de un consumo excesivo nuevamente, considerando los distintos espacios en los que se desenvuelve (personal, familiar, escolar, laboral y social).

A partir de la información que proporcione el grupo, se retomaran las estrategias planteados en la sesión anterior para realizar ensayos de conducta, donde todos los integrantes puedan apoyar a cualquiera de los compañeros, además de que el terapeuta ira monitoreando, es decir, hará señalamientos que favorezcan el cambio de conducta, retroalimentará lo que el paciente este haciendo bien, le expondrá como manejar la situación y luego que él la realice; todos los integrantes del grupo deberán tener una actitud participativa, ya que entre ellos mismos podrán replantear o sugerir cambios, la experiencia que cada uno tiene será de vital importancia, de tal forma que se podría aplicar aquel dicho que dice “como te ves me vi... como me ves te puedes ver”, si partimos de que en el grupo se tendrán pacientes con distintos patrones de consumo.

Dentro de esta sesión, el terapeuta determinara las técnicas en las que se apoyará, para lo cual deberá explicarlas previamente, por ejemplo manejo de la asertividad para rechazar el consumo, solución de problemas para determinar si se asiste o no a un lugar en donde *seguramente* habrá consumo, trabajar con las creencias que puede propiciar el consumo, juego de roles para que alguien pueda ver desde fuera como se vive una situación de consumo y se propicien los cambios.

Si el terapeuta considera pertinente extender el trabajo de esta sesión a otra más, lo puede hacer, no olvidemos que cambiar una conducta requiere de un trabajo continuo y reforzado.

- d) Al término, se realiza un resumen de lo trabajado entre todos, qué se lleva cada uno y que pondrá en práctica durante la semana.

Sesión 5

IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS AL ELIMINAR O MODERAR EL CONSUMO DE ALCOHOL.

Objetivo:

- a) Diseñar estrategias para lograr la reducción de riesgos y daños por el consumo de alcohol.

Material:

- a) Rotafolio y marcadores.
- b) Autorregistro.

Lo que debe lograr el paciente:

- a) Identificar su progreso en el tratamiento.
- b) Identificar si ha cumplido o no con la meta que se estableció.
- c) Generar estrategias para la reducción de riesgos y daños ante el consumo.

Procedimiento:

- a) Se dará la bienvenida a los integrantes del grupo, realizando un pequeño resumen de lo trabajado en la sesión anterior, a fin de introducir el tema a trabajar.
- b) Se hace revisión del autorregistro considerando la meta que se estableció.
- c) A la par de dicha revisión, se indaga cómo se percibe el paciente ante el control que ha venido teniendo sobre su forma de beber, si considera que ya le es fácil identificar circunstancias o eventos que le puedan hacer beber nuevamente en exceso; en caso de que eso ocurra si le queda claro cuáles podrían ser las consecuencias tanto inmediatas como a largo plazo, independientemente las considere positivas o negativas.

Cuáles han sido los resultados ante sus planes de acción, si ha tenido que hacer modificaciones y de qué tipo; con la finalidad de indagar que requiere para mantener su meta.

Posteriormente se trabaja en grupo, sobre algunas estrategias que puedan favorecer la reducción de riesgo y/o daño por consumo de alcohol, es importante que el grupo genera las propias estrategias a seguir, a partir de lo que ha venido trabajando en las sesiones, si lo considera pertinente el terapeuta podrá apoyarse de las siguientes:

- **Si quieres moderarte** con la bebida, es aconsejable empezar a beber lo más tarde posible, tomar bebidas de poca graduación y alternarlas con otras que no lleven alcohol.
- Intenta dejar el vaso en la mesa mientras no bebas, de esta manera la copa te durará más.
- No tienes por qué seguir el "juego de las rondas" ya que quien marca el ritmo acostumbra a ser quien bebe más rápido.
- Saborea la bebida, no te la bebas con prisas.
- Sé consciente de tus límites. El alcohol no afecta igual a todo el mundo.
- **No mezclar con otras drogas.** Cuando mezclas diferentes sustancias los resultados son imprevisibles y puede ser muy difícil diferenciar si lo que te has tomado te ha hecho efecto o no.
- **No mezclar bebidas alcohólicas con medicamentos.** Está totalmente contraindicado, ya que puede afectar la eficacia del tratamiento. La mezcla de alcohol y ansiolíticos potencia los estados depresivos.

- Intenta que las bebidas sean de calidad. La resaca es mucho peor cuando has bebido alcohol de "garrafón"
- Si te sientes **mareado** sal a tomar un poco de aire en un lugar tranquilo y refréscate con agua. No tomes café con sal para provocar el vomito. El alcohol no se elimina antes por tomar café, ducharse con agua fría, vomitar o hacer ejercicio, así que ten paciencia.
- Si una persona entra en **coma etílico** o sufre una **gran borrachera** (con pérdida de conocimiento) no le des más alcohol ni ningún medicamento. Si está consciente, mantenlo con la cabeza de lado, para evitar que se pueda ahogar/asfixiar al aspirar su propio vomito. Abrígala aunque no tenga frío, ya que el alcohol hace disminuir el calor, de manera que la temperatura corporal baja mucho. Y llama a un servicio médico.
- Que una persona aguante mucho más que otras personas (es decir, puede beber más cantidades de alcohol), no quiere decir que no le afecte, lo que pasa es que ha generado mayor **tolerancia** al alcohol. Recuerda que la tolerancia es el estado de adaptación del cuerpo caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de alcohol, es decir, se requiere de un incremento en la ingesta para continuar sintiendo los efectos iniciales.
- El alcohol **no alimenta** pero engorda. Las bebidas alcohólicas no llevan vitaminas sino que contienen calorías vacías que no pueden ser utilizadas como energía por el organismo.
- En algunas personas, el alcohol puede potenciar comportamientos agresivos. Piensa como te afecta el consumo de alcohol en la relación con los otros (peleas).
- El consumo de alcohol puede aumentar la **desinhibición** y facilitar así el contacto sexual pero dificulta la erección. Así mismo, el alcohol puede hacer perderte el juicio y si bebes mucho puede pasar de todo y tener graves lagunas mentales: es importante que no te olvides de utilizar **preservativos** para evitar embarazos no deseados y el contagio de enfermedades de transmisión sexual (herpes, hepatitis, VIH, Sida, cándidas).
- A causa de los efectos que produce (alteración de la atención, perfección, tiempo de reacción) es importante que **no conduzcas**. Conducir con más de 0.5 gramos de alcohol/litro de sangre, no solo está sancionado sino que es muy peligroso. Busca alternativas: utiliza el transporte público, acordar antes de salir quien conducirá, que no conduzca siempre la misma persona.
- Después de pasar toda la noche bebiendo alcohol, es recomendable beber agua antes de ir a dormir y durante todo el día siguiente. Recuerda que el alcohol deshidrata.

Cuando el grupo tenga una lista como de 10 a 15 razones, el terapeuta apoyándose de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) propiciara una discusión respecto a cada una de las razones y su contraparte, a fin de que el paciente genere disonancia cognitiva, entre lo que creía previo al tratamiento con la forma en que ahora percibe el consumo de alcohol.

- d) Al término, se realiza un resumen de lo trabajado entre todos.

Sesión 6
DESARROLLAR HABILIDADES COGNITIVO CONDUCTUALES PARA ENFRENTAR LAS SITUACIONES DE CONSUMO IRRESPONSABLE DE ALCOHOL.

Objetivo:

- a) Desarrollar habilidades necesarias en los pacientes que les permitan enfrentar las situaciones de consumir alcohol en exceso.

Material:

- a) Rotafolio y marcadores.
- b) Autorregistro.

Lo que debe lograr el paciente:

- a) Evaluar su progreso, en función de su meta.
- b) Adquirir habilidades que favorezcan su meta.

Procedimiento:

- a) Se dará la bienvenida a los integrantes del grupo, realizando un pequeño resumen de lo trabajado en la sesión anterior, a fin de introducir el tema a trabajar.
- b) Se hace revisión del autorregistro considerando la meta que se estableció.
- c) A la par de dicha revisión, cada paciente comentara los cambios más significativos que ha observado desde que inicio el tratamiento, invitándole a reflexionar al respecto, cómo se siente en ese momento ante la probabilidad de un consumo, si ha realizado cambios en las estrategias, de que tipo y qué resultados ha obtenido.

Considerando que solo quedan dos sesiones de trabajo, será importante que el terapeuta trabaje aspectos para prevenir una recaída. Desde identificar que le puede llevar al consumo nuevamente, qué puede hacer para afrontar esa situación y en caso de que sus intentos no le permitan lograr el cumplimiento de su meta qué puede hacer al respecto.

Por ello será importante trabajar en los ensayos de conducta a fin de favorecer las nuevas estrategias que ha adquirido el paciente, dependiendo su meta a lograr, de tal modo que el terapeuta podrá apoyarse de todo lo trabajado anteriormente. Por ejemplo manejo de asertividad para rechazar la bebida, solución de problemas ante la invitación de beber, manejo de relajación, etc.

Un aspecto importante a considerar en esta sesión, es que el terapeuta aborde que es la *recaída* y *cómo manejarla*.³

- d) Al término, se realiza un resumen de lo trabajado entre todos.

³ Podrá apoyarse del Manual de Prevención de Recaídas, segunda sesión y ajustarla al tema de alcohol.

Sesión 7

NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS

Objetivo:

- a) Establecer la nueva meta para el mantenimiento del cambio.

Material:

- a) Rotafolio y marcadores.
- b) Formato del CCS breve. (nuevo y el aplicado en el ECCA)

Lo que debe lograr el paciente:

- a) Identificar si logro el cumplimiento de su meta inicial.
- b) En caso de haber planteado una disminución, considerar la posibilidad de la abstinencia.
- c) Establecer una meta, para el seguimiento.

Procedimiento:

- a) Se dará la bienvenida a los integrantes del grupo, realizando un pequeño resumen de lo trabajado en la sesión anterior, a fin de introducir el tema a trabajar.
- b) Se hace revisión del autorregistro considerando la meta que se estableció.
- c) A la par de dicha revisión, cada paciente comentara los cambios más significativos que ha observado desde que inicio el tratamiento, invitándole a reflexionar al respecto, cómo se siente en ese momento, considera que las estrategias le han sido de utilidad o se ha visto en la necesidad de modificarlas, de ser así en qué forma y cuáles han sido los resultados.

Se retoma la meta establecida al inicio, para valorar si se cumplió y en caso de que no se haya logrado indagar las razones de ello; independientemente se logre o no la meta, el terapeuta deberá invitar a los pacientes a reconsiderar la meta que se propusieron, es decir, quizá algunos pacientes consideraron solo disminuir el consumo y a partir de lo trabajado durante las sesiones han considerado pertinente llegar a la abstinencia; en tanto que los pacientes cuya meta inicial fue la abstinencia y no la lograron, continuar trabajando en ello para alcanzarla.

El terapeuta les aplicara nuevamente el CCS – breve, para que lo respondan los pacientes, al termino de ello entregara a cada uno la primera aplicación de este formatos que se realizo durante el ECCA, de esta forma cada paciente podrá corroborar los cambios que ha logrado hasta ese momento, los puntos de similitud y de diferencia, para que a partir de ello cada uno jerarquice los puntos donde es necesario seguir trabajando o reforzar lo aprendido.

No olvidemos que el CCS-breve permite medir que tanta autoeficacia percibe el paciente de sí mismo ante situaciones que le pueden ser vulnerables para el consumo y en consecuencia que tanta confianza tiene ahora para manejarlas adecuadamente.

En sesión plenaria se promoverá y dirigirá una discusión sana, respecto a la confianza que cada paciente tiene para poder controlar su forma de beber y evitar nuevamente la presencia de problemas ocasionados por el consumo.

El terapeuta junto con el grupo, hará un recorrido a modo de resumen de todo lo que se fue trabajando en las sesiones, señalando aspectos que se compartieron y también aspectos personales que se observaron durante el trabajo, lo que se busca es que cada paciente visualice todo su proceso

de cambio y se sienta con la seguridad de mantener su meta planteada inicialmente o modificar si es que considera pertinente lograr la abstinencia.

Al terminar la sesión se le recuerda al paciente la importancia que tiene el que asista a las sesiones de seguimiento, siendo la primera al mes.

SEGUIMIENTO:

Su finalidad es mantener los cambios que se lograron, es decir, mantener un control en la forma de beber o la abstinencia y para lograrlo se requiere de reforzar actividades opuestas al consumo, las cuales implican una reestructuración en la forma en que solían percibir las situaciones en las que bebían y en consecuencia la forma en que interactuaban, por lo que resulta importante seguir acompañando al paciente en dicho proceso.

Debe enfatizarse que de ocurrir una recaída, debe considerarse como un evento aislado, más no como un fracaso, ya que es una oportunidad para seguir aprendiendo y de esa forma redefinir o cambiar las estrategias y prevenir futuras recaídas.

Si alguno de los pacientes no logra su meta, el terapeuta podrá seguir trabajando con él en un espacio de TI, en caso de que sean más de dos los pacientes con los que se considere pertinente continuar trabajando deberá ser en un espacio de TG.

En el caso de los pacientes cuya meta fue reducir el consumo (y lo lograron), el terapeuta le entregará hojas de registro para un mes, con la finalidad de que las lleve en el primer seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayala Velázquez, Héctor E., Cárdenas López, Georgina, Echeverría San Vicente, Leticia y Gutiérrez Lara, Mariana. **Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber.** Grupo Editorial Porrúa y Facultad de Psicología de la UNAM, México 1998.
- Casals Riera, Ramón. **La entrevista motivacional.** En página web:
<http://enfermeriacomunitaria.org/actividades/IIICongreso/casals.html>
- Centros de Integración Juvenil, A. C., **Reporte estadístico del uso de drogas en pacientes atendidos por Centros de Integración Juvenil durante el año 2001.** México, 2002.
- Caballo, V. **Manual de técnicas de modificación de conducta.** México, Siglo XXI. 1991
- De la Serna, et. al., **Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989.** Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la VI Reunión de Investigación, 2: 183-187.
- Echeverría, L., Tiburcio, M., Ayala V., H. y Martínez R., M. J., **Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, 2002,** Proyecto CONACYT G 36266-H.
- Echeverría, L., Ayala V., H., Galván, E., y Martínez R., M. J., **Guía de Intervención para Profesionales de la Salud en el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, 2002,** Proyecto CONACYT G 36266-H.
- Juárez, F., et al., **Actos antisociales, su relación con algunas variables sociodemográficas, el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal.** Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la IX Reunión de Investigación. Editor: Héctor Pérez-Rincón., 1994.
- Lizárraga, S. Y Ayarra, M. **Entrevista Motivacional.** En página web
<http://www.cfnararra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6a.html>
- Medina-Mora, M. E., et al., **Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana.** Salud Mental, 16(3): 2-8, septiembre.
- Secretaría de Salud. **Programa de Acción: Adicciones, Alcoholismo.** México, 2001.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. **Encuesta Nacional de Adicciones de 1998. Tomo: Alcohol,** México, 2000.
- Villatoro, J., et al., **La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México.** Medición otoño de 1997. Salud Mental, 22(2): 18-30.

A n e x o s



LÍNEA BASE RETROSPECTIVA PARA CONSUMO DE ALCOHOL (LIBARE)

CIJ: _____

FECHA: ____ / ____ / ____
Día Mes Año

I. IDENTIFICACIÓN DEL/LA PACIENTE

| | | |
|----------------------|--|-----------------|
| Nombre: _____ | | |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) |
| 1. Sexo: | <input type="checkbox"/> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer | 2. Edad: |

| MES | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-----|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| MES | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-----|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| MES | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-----|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| MES | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-----|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| MES | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-----|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| MES | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-----|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| MES | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-----|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| MES | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-----|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| MES | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-----|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| MES | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-----|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| MES | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-----|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| MES | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-----|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | |
|---------------|--------|-------|
| Próxima cita: | Fecha: | Hora: |
|---------------|--------|-------|

Nombre del responsable

Firma

Hora de término



INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA)

CIJ: _____

FECHA: ____/____/____
Día Mes Año

I. IDENTIFICACIÓN DEL/LA PACIENTE

| | | |
|----------------------|--|-----------------|
| Nombre: _____ | | |
| Apellido paterno | Apellido materno | Nombre(s) |
| 1. Sexo: | <input type="checkbox"/> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer | 2. Edad: |

| Abajo se presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso. Lea cada una situación y responda de acuerdo a su consumo durante los últimos 12 meses. Marque con una "X": 0) Si usted "nunca" bebió en exceso en esa situación 1) Si usted "ocasionalmente" bebió en exceso en esa situación 2) Si usted "frecuentemente" bebió en exceso en esa situación 3) Si usted "casi siempre" bebió en exceso en esa situación | Nunca | Ocasionalmente | Frecuentemente | Casi siempre |
|---|-------|----------------|----------------|--------------|
| 1. Cuando tuve una discusión con un amigo(a) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Cuando estaba deprimido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 ó 2 copas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Cuando alguien me criticaba | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Cuando no podía dormir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Cuando quería aumentar mi placer sexual | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Cuando me sentía muy contento | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Cuando me entristecía al recordar algo que había sucedido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Cuando algunas personas a mí alrededor me ponían tenso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Cuando al salir con amigos éstos entraban a un bar a beber una copa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Cuando sentía que no tenía a quien acudir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Cuando me sentía rechazado sexualmente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Cuando estaba aburrido. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Cuando la gente era injusta conmigo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Cuando me sentía rechazado por mis amigos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Cuando me sentía seguro y relajado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Cuando me sentía solo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Cuando me estaba sintiendo el "dueño" del mundo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Cuando pasaba por donde vendían bebidas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Cuando me sentía somnoliento y quería estar alerta. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. Cuando estaba cansado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. Cuando tenía un dolor físico. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. Cuando me sentía seguro de que podía beber solo unas cuantas copas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probara. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una "anécdota". | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incomodo de rechazarla | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. Cuando no le simpatizaba a algunas personas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51. Cuando me sentía mareado o con náuseas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 52. Cuando me sentía inseguro de poder lograrlo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 53. Cuando me sentía muy presionado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 54. Cuando dudaba de mi autocontrol respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 55. Cuando parecía que nada de lo que hacía me estaba saliendo bien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 56. Cuando otras personas interferían con mis planes. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 58. Cuando todo me estaba saliendo bien. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me fueran a salir bien. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 67. Cuando pasaba frente a un bar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 68. Cuando me sentía vacío interiormente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban unas copas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 70. Cuando me sentía muy cansado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 71. Cuando todo me estaba saliendo mal. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 72. Cuando quería celebrar con un amigo (a). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 74. Cuando me sentía culpable de algo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 75. Cuando me sentía nervioso y tenso. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 77. Cuando me sentía muy presionado por mi familia. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 79. Cuando me sentía contento con mi vida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 81. Cuando pensaba que una copa no podría hacerme daño. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de hacer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 84. Cuando me reunía con un amigo (a) y sugería tomar una copa juntos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la Navidad o un cumpleaños. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 86. Cuando tenía dolor de cabeza. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 90. Cuando pensaba en las oportunidades que había desperdiciado en la vida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 91. Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 92. Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 93. Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 94. Cuando tenía problemas en el trabajo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 95. Cuando estaba a gusto con un amigo (a) y quería tener mayor intimidad. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 96. Cuando mi jefe me ofrecía una copa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 97. Cuando sentía el estómago "hecho nudo". | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | |
|---------------|--------|-------|
| Próxima cita: | Fecha: | Hora: |
|---------------|--------|-------|

Nombre del responsable

Firma

Hora de término

ANEXO 5.

TIPS DE UN CONSUMO MODERADO ¿CÓMO MEDIR UN TRAGO ESTÁNDAR?

Estos son algunos tips por si ha elegido como meta la moderación. El objetivo es que si en alguna ocasión decide consumir, lo disfrute y las consecuencias negativas se minimicen.

- ✧ Estar bien descansado, relajado y sin presiones.
- ✧ Saciarse mi sed antes de empezar a consumir.
- ✧ Haber comido antes de consumir.
- ✧ Batanear mientras consumo.
- ✧ Tomar como máximo 4 tragos estándar.
- ✧ Tomar un trago por hora.

Dejar pasar 20 minutos antes de consumir la siguiente copa, pensando si realmente quiero la siguiente.

- ✧ Poner el vaso lejos de mi alcance.
- ✧ Estar en un lugar seguro.
- ✧ Aceptar la invitación a beber solamente cuando se desee.

Conocer la concentración de alcohol en las distintas bebidas.

| ¿CÓMO MEDIR UN TRAGO ESTÁNDAR? | |
|--------------------------------------|----------------|
| | TRAGO ESTÁNDAR |
| UNA CERVEZA DE LATA = | 1 TRAGO |
| UN TORNILLO DE PULQUE = | 1 TRAGO |
| UN LITRO DE PULQUE = | 3 TRAGOS |
| UNA CAGUAMA = | 3 TRAGOS |
| UNA BOTELLA DE VINO DE 3/4 = | 5 TRAGOS |
| UNA BOTELLA DE DESTILADOS DE 1/4 = | 6 TRAGOS |
| UNA BOTELLA DE VINO DE 1 LT. = | 8 TRAGOS |
| UNA BOTELLA DE DESTILADOS DE 1/2 = | 12 TRAGOS |
| UNA BOTELLA DE DESTILADOS DE 3/4 = | 17 TRAGOS |
| UNA BOTELLA DE DESTILADOS DE 1 LT. = | 22 TRAGOS |

ANEXO 6.

SUGERENCIAS PARA BEBER CON SEGURIDAD O CONTROL

Límites de Consumo Seguros

- ☞ No beber más de 2 ó 3 tragos estándar por ocasión.
- ☞ No beber más de 12 tragos estándar por semana, si es hombre.
- ☞ No beber más de 9 tragos estándar por semana, si es mujer.
- ☞ Beber un trago estándar por hora.
- ☞ Es importante tener días de no consumo y días de consumo en una semana. Ya que los días de abstinencia ayudan a evitar el desarrollo de la tolerancia al alcohol.
- ☞ Es importante estar descansado, relajado y sin presiones cuando el paciente decida beber.
- ☞ Saciar la sed antes de iniciar el consumo de alcohol.
- ☞ Comer antes de beber.
- ☞ Batanear mientras se consume alcohol.
- ☞ Dejar pasar 20 minutos, como mínimo, entre copa y copa, analizando si realmente se quiere tomar la siguiente.
- ☞ No tener permanentemente el vaso en la mano.
- ☞ Existen circunstancias donde consumir bebidas alcohólicas está contraindicado (p. Ej. Diabetes).

Beber menos del límite seguro sí:

- ⊗ Va a conducir auto o se va a operar maquinaria.
- ⊗ Tiene problemas de salud que puede empeorar con el consumo de alcohol. Por ejemplo, gastritis, úlcera gástrica, enfermedad hepática, etc.
- ⊗ Toma medicamentos contraindicados con el uso de alcohol.
- ⊗ Se está embarazada.