

49



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Psicología

"ENTREVISTA MOTIVACIONAL: UNA PROPUESTA PARA INCREMENTAR EL EXITO DEL TRATAMIENTO DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA"

T E S I S

Que para obtener el Título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a n

ALEJANDRA ECHEVERRIA LOZANO

CARIÑO SOTELO LOMA



Director de Tesis:

DR. HECTOR E. AYALA

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO



México, D. F.

282318

2000

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**"Entrevista Motivacional: Una propuesta para
incrementar el éxito en el Tratamiento de
Auto-Cambio Dirigido para Bebedores
Problema"**

**Alejandra Echeverría Lozano
Cariño Sotelo Loma**

Agosto 2000

Agradecimientos

Un sincero agradecimiento al Dr. Hector E. Ayala Velázquez por la valiosa oportunidad para desarrollarnos profesionalmente, por habernos brindado el espacio y tiempo además de su apoyo e interés para realizar esta tesis.

A nuestra Universidad, la UNAM, a quien orgullosamente le debemos nuestra formación y la satisfacción de en un futuro realizarnos como profesionistas.

A Lety Echeverría un profundo agradecimiento por animarnos en todo momento, aún en aquellos en que todo parecía imposible, por ser un ejemplo a seguir, por tu valiosa amistad, apoyo incondicional y tu extraordinaria paciencia. Te queremos.

A nuestros maestros quienes compartieron con nosotras más que su experiencia y conocimientos a lo largo de la carrera y nos alentaron a ser cada día mejores.

Dedicatorias

A mis papas un profundo agradecimiento por apoyarme incondicionalmente siempre, brindarme todo lo que estuvo a su alcance y por respetarme y confiar en mí. Los quiero.

A Román por enseñarme y compartir conmigo la experiencia del amor y tantas cosas más, por apoyarme en todo momento y por estar siempre ahí. Te amo.

A Guille y Toño por sus consejos y palabras de aliento, por su cariño y su gran ejemplo y porque los quiero.

A mis abuelos y abuelas Amelia y Socorro, a mi tía Elena y Adriana por su interés y cariño.

A Carifito porque en esta etapa hemos aprendido algo más que compartir un trabajo, y una amistad como la nuestra, es sólo el principio de muchos logros más, sabes que te quiero.

Al Sr. Miguel Sotelo y la Sra. Rosita Loma por su apoyo incondicional e interés. Gracias.

A mis hermanos de corazón y amigos:

A Mayra, Claudia y Julio, por tantos años de amistad invaluable, a Ana por tu honestidad y cariño, a Nérida por tu sentido del humor y amistad incondicional, a Cristina, Wendy, Gina, Juanxo, Bárbara, Gisela, Aida, Carol, Ale Ruiz, Hugo y Miguel por la maravillosa amistad que hemos construido a lo largo de estos años, a Lucero, Deyanira, Daniel, Alfredo Palacios, Fernando Lima, Roberto Oropeza, y los que por error pudiera emitir, gracias por enseñarme las maravillas de una verdadera amistad y compartirla con todos ustedes, por todos los momentos y palabras inolvidables que hicieron que todo fuera más fácil. Mil gracias.

A la señora Emma, Vannia y familia por su valioso apoyo emocional y por estar siempre ahí.

A la señora Claudia, Pau y familia por tantos momentos agradables y su apoyo moral.

A mis amigos del diplomado: Sol, Luis, Dunia, Arturo y Rosa María por los momentos que pasamos juntos y aprendimos unos de otros.

A toda mi familia y todos aquellos que de alguna manera han impulsado mi desarrollo personal y profesional en algún momento. Gracias.

Ale

Dedicatorias

A mis papás un profundo reconocimiento por su apoyo en todo momento, por su amor, por creer en mí y enseñarme a ser una persona responsable y capaz de disfrutar mi vida.

Siempre los voy a querer mucho.

A Toño TK por que eres una persona muy importante en mi vida y que me haz permitido compartir contigo la hermosa experiencia del amor y porque espero que sea este el primero de mis logros que compartiremos juntos.

Te amo

A Rosy y Cris porque las quiero y por que son las mejores hermanas.

A Miguelito y Arantxa por ser unos niños tan lindos y que ojalá esto que hemos hecho Alejandra y yo tenga relevancia en su futuro.

Los quiero.

A mi hermanita Ale un profundo reconocimiento por enseñarme a trabajar en equipo y por compartir conmigo esta maravillosa etapa de nras. vidas y pido de todo corazón que sigamos compartiendo muchos más momentos.

Te quiero.

A Nérida que tanto quiero y que hemos compartido tantas y tantas cosas importantes y maravillosas de nuestras vidas, gracias por esta amistad que hemos logrado durante estos años.

Al Sr. Antonio Echeverría y la Sra. Guillermina Lozano por su gran apoyo e Interes, muchas gracias.

A mis amigos y hermanos: Wendy, Gina, Juanbto, Ana, Carol, Gisela, Miguel, Aida, Hugo, Aurora, Román, Guille, Abraham, Susi, Zamorita, Roberto Oropeza, Denia, Gisell, Ale Ruiz, Patlán, que me enseñaron a ser amiga, a todos y que cada uno de ustedes los quiero y gracias por compartir momentos inolvidables y que siempre han estado ahí y que siempre me han alentado a seguir adelante.

A toda mi familia porque siempre me han apoyado y han creído en mí.

Los quiero

A mis amigos del diplomado, Luis, Sol, Dunia, Arturo, Rosa María por tantos momentos tan agradables.

A todas las personas que me han apoyado y alentado a conseguir lo que me he propuesto para lograr un mejor desarrollo personal y profesional, a todos mil gracias.

CONTENIDO

Resumen.....	1
Introducción.....	3
Capítulo 1 "Antecedentes del uso de alcohol"	
Introducción.....	5
1.1 Epidemiología.....	7
1.2 Impacto a la salud.....	17
1.3 Patrones de consumo.....	19
1.4 Daños a la salud.....	20
1.5 Consecuencias sociales del abuso.....	20
Capítulo 2 "Tratamiento e Intervenciones Breves"	
Introducción.....	22
2.1 Intervenciones breves.....	24
2.2 Intervenciones breves y motivación terapéutica.....	26
2.3 Terapia cognitivo-conductual.....	30
2.4 Deserción.....	32
Capítulo 3 "Entrevista Motivacional "	
Introducción.....	34
3.1 Antecedentes de la Entrevista Motivacional.....	36
3.2 Diferentes escenarios donde se ha utilizado la Entrevista Motivacional.....	36
3.3 Concepto de Entrevista Motivacional.....	38
3.4 5 Principios de la Entrevista Motivacional.....	39
3.5 FRAMES: 6 elementos motivacionales.....	40
3.6 Importancia del terapeuta dentro del proceso de cambio.....	44
3.7 Ambivalencia.....	46
3.7.1 Cómo manejar la ambivalencia.....	47
3.8 La resistencia.....	47
3.9 Situaciones difíciles.....	51
Capítulo 4 "Método"	
Sujetos.....	54
Tipo de muestra.....	54
Escenario.....	54
Instrumentos y materiales.....	54
Diseño de investigación.....	57
Variables.....	57
Procedimiento.....	58

Resultados.....	61
Análisis de un caso que recibió la Entrevista Motivacional aunada al Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.....	73
Conclusiones y Sugerencias.....	79
Bibliografía.....	84
Anexos.....	91
Auto-registro.....	92
Carta de Laboratorio.....	94
Cuestionario de Disposición para el Cambio.....	95
Lista de chequeo de Admisión.....	98
Lista de chequeo de Sesión 1.....	99
Nota de Reconocimiento.....	100
Gráfica de consumo personalizada.....	101
Gráfica de tipo de consumo de las personas que ingresan al Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.....	102

RESUMEN

El presente estudio investigó la contribución de la Entrevista Motivacional aunada al Programa de Tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema.

Los sujetos fueron 5 usuarios que formaron el grupo experimental recibiendo el Tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema y la Entrevista Motivacional (CE) y 5 usuarios que comprendieron el grupo control que recibieron únicamente el Tratamiento de auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema (SE).

A los usuarios de ambos grupos se les aplicó la evaluación original del Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido y se les aplicó además el Cuestionario de Disposición para el Cambio al inicio del tratamiento durante la sesión de Admisión. Así también se realizó seguimiento al mes, con el fin de obtener datos acerca de su patrón de consumo y permanencia en el tratamiento.

Se realizó un estudio comparativo y descriptivo con los datos obtenidos de ambos grupos al inicio del tratamiento, en 4ª sesión y al mes de seguimiento, encontrándose las siguientes características:

1. El 60% de la muestra, al ingresar a tratamiento presentó un nivel de dependencia severa.
2. El nivel de motivación predominante (60%) para ambos grupos al iniciar el tratamiento fue: "Muy Motivado".
3. Los datos socio-demográficos encontrados para ambos grupos fueron muy similares.
4. El grupo Con Entrevista Motivacional (CE) inició y finalizó exitosamente el tratamiento con un número menor de inasistencias y recaídas.
5. La percepción del problema obtuvo un porcentaje mayor en el grupo Sin Entrevista Motivacional (SE).
6. El grupo Con Entrevista Motivacional (CE) reportó estar "más satisfechos" con su estilo de vida en comparación con el grupo Sin Entrevista Motivacional (SE).
7. El patrón de consumo del grupo Sin Entrevista Motivacional (SE) fue en general más severo que el del grupo Con Entrevista Motivacional (CE).
8. Los sujetos del grupo Sin Entrevista Motivacional (SE) que finalizaron el tratamiento (60%) reportaron un mayor número de recaídas e inasistencias que el grupo Con Entrevista Motivacional (CE), siendo estas del doble.
9. El grupo Con Entrevista Motivacional (CE) pidió apoyo adicional al terapeuta para reforzar el trabajo de tratamiento (relajación, lecturas adicionales relacionadas con el consumo de alcohol) o para modificar otras áreas de su vida.

10. El grupo Con Entrevista Motivacional (CE) presentó un menor porcentaje en cuanto a la confianza para lograr su meta en contraste con el grupo Sin Entrevista Motivacional (SE), pero obtuvo un mayor nivel de importancia para lograr la meta durante la sesión de seguimiento al mes.
11. Con respecto al cambio de meta durante el tratamiento, el grupo Con Entrevista Motivacional (CE) presentó un porcentaje más alto en relación al otro grupo.
12. Ambos grupos acudieron con el mismo porcentaje (60%) a tratamientos previos (AA) antes de ingresar al Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.

Por último se discuten los resultados, se presenta la evolución de un caso que recibió la Entrevista Motivacional y se presentan algunas sugerencias para incrementar la permanencia y el éxito en el Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo presenta la investigación realizada con una muestra de 10 personas que acudieron a solicitar servicio al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" y al Centro Comunitario "Dr. Oswaldo Robles" en el que se imparte el Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema; 5 personas de dicha muestra recibieron la Entrevista Motivacional aunada al Tratamiento y 5 personas recibieron solamente el Tratamiento, a estos 2 grupos se les aplicó la evaluación original del Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido y se les aplicó además el Cuestionario de Disposición para el Cambio (Heather, N., Gold, R., y Rollnick, 1991) al inicio del tratamiento durante la sesión de Admisión. Así también se realizó seguimiento al mes.

Esta investigación tuvo como finalidad evaluar la contribución que tiene la entrevista Motivacional en el Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.

Para realizar lo anterior se realizó una exhaustiva investigación documental y un estudio descriptivo y comparativo con los datos obtenidos de ambos grupos durante todo el tratamiento y al mes de seguimiento, es así que la información recopilada y obtenida a través de este trabajo se presenta de la siguiente manera.

En el capítulo 1 "Antecedentes del uso de alcohol" se expone una breve revisión de cuál es el papel que ha jugado el alcohol en nuestra sociedad y las implicaciones que tiene en ésta, también se revisa la frecuencia, distribución y patrones de consumo y su relación con diversas variables sociodemográficas, lo cual nos permite conocer de manera más amplia el impacto a la salud y la creciente problemática del consumo de alcohol en nuestro país.

En el capítulo 2 "Intervenciones Breves" se presenta la importancia de las intervenciones breves dentro del área de las adicciones, así como su contribución y desarrollo. Se revisan diferentes estudios relacionados, así como también se hace una descripción del Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema como una opción de intervenciones breves, señalando su desarrollo, contribuciones y efectividad. Dentro de este capítulo se habla de un punto relevante, que es la deserción, la cual tiene implicaciones importantes al desarrollar cualquier tipo de tratamiento, incrementándose en tratamientos enfocados a las adicciones.

En el capítulo 3 "Entrevista Motivacional" se explica cómo surge esta valiosa herramienta, en qué consiste y se hace una remembranza de los estudios realizados al respecto y los escenarios donde se ha utilizado durante las últimas décadas, así como el impacto que ha tenido a lo largo de su desarrollo.

En el capítulo 4 "Método" se explica minuciosamente, el tipo de investigación, el escenario, los instrumentos, y los pasos realizados a lo largo de toda la investigación.

El capítulo 5 "Resultados" se divide en dos partes, en la parte uno se presenta la comparación descriptiva del grupo CE con el grupo SE, esta parte incluye los resultados de las características socio-demográficas: edad, sexo, edo. civil, ocupación actual, nivel

educativo y situación laboral. La parte 2 incluye un análisis descriptivo y comparativo del patrón de consumo, así como la permanencia en el tratamiento de ambos grupos.

Por último presentamos las conclusiones y sugerencias a las que llegamos a partir de la investigación realizada.

CAPITULO 1. ANTECEDENTES DEL USO DE ALCOHOL

INTRODUCCIÓN.

La curiosidad es una de las características del ser humano, quien siempre ha tratado de investigar y explorar el mundo que le rodea, y de inquirir el por qué de lo que en él sucede. Dentro de este inmenso contexto de lo investigable, el mismo hombre se ha incluido.

Al lado de esta curiosidad que lo lleva probar y experimentar, vegetales, animales, minerales, sustancias y sus derivados, pronto pudo apreciar que algunas de ellas le provocaban efectos y sensaciones placenteras que lo movían a buscar la repetición de esa experiencia, que busca porque lo acerca, posiblemente a su propia esencia, aún cuando muchas veces cree que le facilita huir de ella.

En las culturas más antiguas se han encontrado evidencias del uso de bebidas alcohólicas casi desde la edad de piedra 4000 años A.C. aprox.

Después de miles de años de existir el uso de alcohol y de conocer la enfermedad o problema que produce en algunos usuarios, no fue sino hasta el año de 1952 que la Organización Mundial de la Salud incluyó al alcoholismo en su catálogo de enfermedades, dándoles entonces validez oficial.

A través del tiempo, casi todas las sociedades han desarrollado respuestas formales e informales al consumo de alcohol, especialmente al que se da de manera excesiva. Estas políticas se desarrollan en determinados contextos socioeconómicos, como resultado de tradiciones culturales e históricas pero también por influencias internacionales.

A diferencia de otros problemas de salud pública (como las enfermedades infectocontagiosas), el alcohol -como agente- puede proporcionar placer y tiene un valor positivo en la vida social de la mayoría de quienes beben. No obstante, el beber alcohol también se asocia a experiencias no placenteras y a daños importantes reportados en numerosos estudios: enfermedades hepáticas y neurológicas, accidentes causados por conductores intoxicados, pérdida de empleo y violencia doméstica, entre muchos otros problemas.

En este sentido, el consumo de la población se da en un continuo donde algunos son abstemios, muchos consumen niveles moderados de alcohol y una minoría bebe en cantidades muy altas con graves riesgos para la salud(Edwards,1991).

Nuestra sociedad, en buena parte, es una sociedad de bebedores, ya que las bebidas alcohólicas son parte de la vida social mexicana. El tomar bebidas alcohólicas de diversos tipos constituye un comportamiento socialmente aceptable, que afecta y abarca virtualmente todos los aspectos de nuestra vida. Desde el tradicional brindis de boda, hasta la alegría desbordante de los éxitos deportivos, todo o casi todo se celebra con alcohol. El alcohol en nuestro país se utiliza en un momento u otro, todo o casi todo es justificado por el alcohol, todo acto social imaginable, se celebra con bebidas alcohólicas, incluyendo los funerales.

Las actitudes de la población hacia el alcohol son variadas, llegando a ser contradictorias o ambivalentes. En general, el alcohol es visto como parte inherente de la vida social; existe una gran aceptación hacia su consumo e incluso una gran tolerancia hacia su abuso, aunque los excesos son rechazados.

Los estudios realizados en nuestro país han documentado cómo las normas sociales están relacionadas con quién debe beber hacia la moderación; en general se considera que las mujeres no deben de beber, pero es aceptado que los hombres se embriaguen de vez en cuando. Estos dobles parámetros son apoyados por hombres y mujeres, jóvenes y adultos. (Calderón et al., op. Cit., 1981; Medina-Mora et al., 1993, op. Cit.)

En general la población tiene poca información sobre la cantidad de alcohol que inhabilita a las personas a ejecutar acciones concretas como manejar u operar maquinaria.

México tiene el indicador de consumo per cápita de alcohol más bajo del mundo, aún en comparación con otros países de América Latina. En 1997, 3.6 litros per cápita de alcohol puro fueron consumidos en el total de la población y 5.5 por la población mayor de 15 años. Sin embargo, esta estimación tiene grandes limitaciones, pues se basa en las cifras de venta de las bebidas industrializadas y no incluye bebidas domésticas (pulque, alcohol de 96 grados) y otras de origen clandestino. Se estima que si se contara con un registro de estos productos, el consumo per cápita de alcohol se duplicaría. Estas consideraciones sobre cómo bebe la población mexicana y los problemas con los que se vinculan algunos patrones de consumo, debe llevarnos a la reflexión y al análisis de las políticas actuales, con el fin de evaluar si las acciones responden a las necesidades y los cambios necesarios para lograr impactos positivos en la salud pública.

Nadie puede negar que el alcohol es una droga potencialmente adictiva y que su uso implica ciertos riesgos, tanto para el bebedor como para la sociedad, toda decisión que se tome en esta materia debe incluir, en primer lugar, la reducción de los riesgos y los daños que ocasiona. Es decir, la sociedad debe aprender a vivir con las bebidas alcohólicas y tratar de que su consumo ocurra dentro de los límites de la mayor seguridad.

Para estudiar cómo es que se consumen las bebidas alcohólicas en México, desde hace más de dos décadas, diversos investigadores e instituciones se han dado a la tarea de conocer los hábitos de consumo de nuestra población.

Su finalidad fue monitorear la magnitud, las modificaciones y las tendencias a través del tiempo relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas.

El consumo de bebidas alcohólicas es parte de un proceso global que implica el desarrollo de actividades como la economía, política del alcohol, el consumo moderado, la vida social alrededor del mismo, la normatividad cultural sobre lo adecuado e inadecuado de la ingestión, las razones para beber y para no beber, la morbilidad por el alcohol, la percepción social y las políticas que el sector salud y la sociedad civil tienen sobre el consumo de bebidas alcohólicas.

1. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Centro de Información en Alcohol, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, 1996.

2. Artículo: Campillo Serrano, C., Romero Mendoza, Efectos del Alcohol: la perspectiva médica.

A todo este complejo proceso se puede definir como la alcoholización de una sociedad que va desde lo individual hasta lo social, lo que imposibilita aislar sus componentes. En este sentido los bebedores son sólo una parte de la alcoholización de la sociedad en la que se encuentra inmerso que normaliza el consumo, lo promueve y frecuentemente de una u otra manera presiona para que éste se realice.

1.1 EPIDEMIOLOGÍA

La normalización del consumo de alcohol es una de las claves para entender la ambigüedad con la que se percibe socialmente el proceso de alcoholización en su conjunto (Encuesta Nacional de Adicciones, 1993).

Por lo que se considera que los resultados epidemiológicos sobre el consumo de Alcohol en México son de gran importancia, ya que por un lado nos informan sobre la frecuencia, distribución y los patrones de consumo y por otro lado su estrecha relación con diversas variables socio-demográficas, lo cual nos permite conocer la realidad de esta creciente problemática.

De los primeros estudios publicados de este campo en México, sobresale la revisión hecha por Cabildo en 1967, donde se analizan tres trabajos sobre los problemas asociados al consumo de alcohol. Solo que las definiciones de este tiempo eran muy estrictas y estaban encaminadas a tratar de identificar a los individuos alcohólicos. (Cabildo, 1967)

Para 1969 en un estudio realizado por Cabildo en una población del norte de la ciudad de México ya clasificó a la población en bebedores moderados, bebedores excesivos y como alcohólicos.

En 1974 se realizaron estudios comparativos en diferentes estados de México donde se investigo el comportamiento del uso y abuso de alcohol entre la población mayor de 14 años.

A partir de los resultados obtenidos de estas investigaciones se comenzó a ver que había diferencias regionales donde resalta el problema del uso y abuso del alcohol de la población residente en el norte del país.

Con otro enfoque del estudio de alcohol, en 1979 México participó en una investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en donde por vez primera se abordan aspectos de frecuencia y cantidad relacionados con problemas asociados a la bebida, aquí incluyeron a los bebedores consuetudinarios y a los bebedores frecuentes. El estudio sólo comprendió habitantes de una zona rural u otra urbana, ambas del sur de la ciudad de México.

Por otra parte, la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM realizó en 5,225 estudiantes universitarios una encuesta sobre el consumo de bebidas alcohólicas, clasificando como no bebedores al 27.6% de los encuestados; como bebedores ocasionales a 45.2% y bebedores habituales al 26.7%.

En 1983, el Instituto Mexicano de Psiquiatría realizó una investigación entre estudiantes de enseñanza media y superior del Distrito Federal donde se clasificaron como usuarios leves al 39%; y como usuarios altos al 8 % considerándose estos últimos como aquellos que comunicaron consumir más de 200 ml. de alcohol en cada ocasión; lo más sorprendente de

esta investigación fue la edad de la población entrevistada que era entre 14 y 18 años de edad.

En 1985 Medina-Mora y cols. (1986) (Caetano, 1986), en coordinación con investigadores del Instituto Nacional de Alcohol y Alcoholismo de EUA, estudiaron las diferencias existentes en los patrones de consumo de alcohol entre la población de México, por una parte, y la población emigrante a EUA y la nacida en ese país de ascendencia mexicana, por la otra. Los resultados de este estudio nos muestran que el 50% de la población entrevistada era abstemia, y al igual que en estudios anteriores, más hombres que mujeres informaron consumir alcohol (60% y 40%, respectivamente).

Ese mismo año, Mas y cols. realizaron un estudio retrospectivo en 4 hospitales de urgencias del Distrito Federal, en el que se estimó que, en 1983 y 1984, 10% de las personas accidentadas que se atendieron en esos servicios se encontraba en estado de ebriedad.

La ENA (Tapia-Conyer, 1990) estimó que 27.6% de la población entre los 12 y 17 años consume bebidas alcohólicas, cifra que casi se multiplica en el grupo de 18 a 65 años, con 53.5%. al analizar estas cifras según el sexo, la proporción de hombres y mujeres en el primer grupo corresponde a 31.9 y 22.9%, respectivamente; mientras que en el segundo grupo es 2.3 veces más alto el número de consumidores masculinos (73.4%), y en las mujeres es 1.5 veces mayor, con un 36.5%.

El SISVEA (Tapia-Conyer, 1991), con su estrategia de información continua, recaba información del Servicio Médico Forense (SEMEFO) del Distrito Federal sobre homicidios, suicidios, muertes súbitas y accidentes asociados al consumo de sustancias adictivas. Del total de homicidios en 1990, 27 % se relacionaron con algún tipo de droga, de los cuales 94% correspondieron a personas con intoxicación etílica, la mayoría de ellos hombres (97%).

En 1991 la proporción aumentó a 42%, y el alcohol fue la única droga asociada. La mayor parte de los homicidios se debieron a riñas (53%), seguidas por asaltos (41%), problemas psiquiátricos (4%), y el resto fueron homicidios imprudenciales.

Por otro lado, 41% de los suicidios en 1990 se asociaron a alguna droga, en la mayor parte de los casos el alcohol (79%); y en 1991, las muertes por esta causa asociadas al consumo de alguna sustancia adictiva se incrementó a 72%, desempeñando nuevamente el alcohol un papel importante en éstas (90%).

En el rubro de decesos por muerte súbita en 1990, 25% se asociaron a algún tipo de sustancia adictiva, conservándose prácticamente la misma proporción (23%) en 1991. En ambos años el alcohol fue la droga de mayor prevalencia.

Dentro del rubro de fallecimientos por accidentes notificados por el SEMEFO para 1990, 11.5% correspondieron a individuos que en el momento de fallecer presentaron algún grado de intoxicación por alcohol o por alguna otra sustancia adictiva, en tanto que en 1991 esta proporción fue de 15.7%, siendo el alcohol la única droga comunicada. En este rubro, los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar.

Además de los datos proporcionados por el SISVEA, la mortalidad asociada al uso y abuso de alcohol se ha podido documentar por medio de algunos indicadores indirectos, como la tasa de mortalidad por cirrosis en virtud de la correlación clínica existente. De acuerdo con los datos proporcionados por la Secretaría de Salud en 1990, la cirrosis hepática ocupó el noveno lugar nacional con una tasa de 22 por cada 100 000 habitantes.

Algunos condicionantes favorecen que se acreciente el problema del uso y abuso del alcohol, por ejemplo el estilo de vida y la disponibilidad de bebidas alcohólicas en el norte de México, sin dejar a un lado el resto del país. Además, se ha visto que la conducta cultural del bebedor mexicano difiere de un lugar a otro, de acuerdo con los patrones socialmente establecidos, o con las diferentes actitudes culturales hacia el consumo, y que por lo mismo, la manera de beber favorezca que el alcohol esté implicado de forma directa o indirecta en homicidios, violencias, y accidentes, además de sus repercusiones orgánicas y sociales.

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 pone en relieve que si bien en México en índice de alcoholismo no es tan elevado en comparación con otras naciones, paradójicamente las consecuencias negativas por su consumo son mayores que en países con tasas de consumo per cápita más altas.

Esto se debe a lo que la encuesta ha revelado, pues un alto porcentaje de la población mexicana cuando bebe tiende a hacerlo hasta llegar a la embriaguez.

En México el alcohol está más o menos integrado a la cultura, lo opuesto de lo que se ha observado en otros países, el consumo per cápita ha incrementado, los principios económicos han prevalecido sobre aquellos relacionados con la salud, cuando esta política fue dictada. Un ejemplo de la restricción es la reciente liberación en las limitaciones de la importación en el mundo de las bebidas alcohólicas que empezó en 1984, esto fue reforzado con la entrada del GATT en 1986 y que se espera que continúe en la misma línea con el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá.

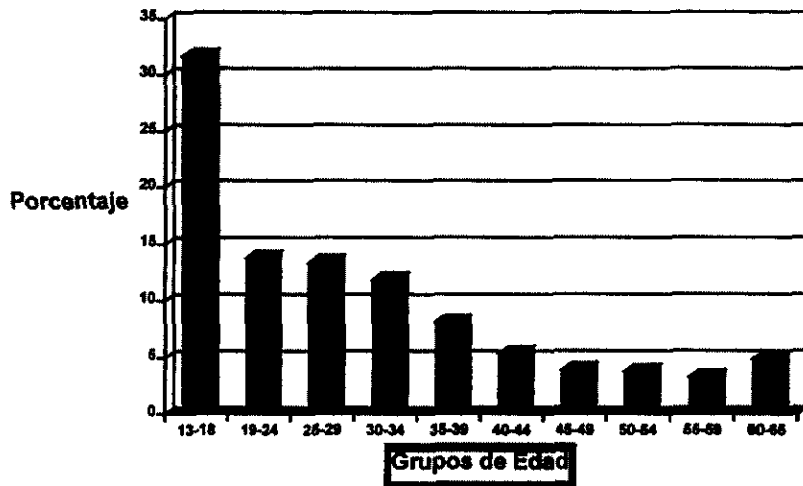
Entre 1984 y 1994 el impuesto a las bebidas extranjeras fue reducida del 80 al 10% de su precio. Al mismo tiempo la muerte por cirrosis hepática ha incrementado siendo ésta la primera de las 10 principales causa de muerte entre la población citadina. Las causas relacionadas al abuso en el alcohol y otros problemas sociales son también altas. Esta alta incidencia de problemas ha sido relacionada a los modelos de consumo con intoxicación aguda, especialmente en situaciones de riesgo.

En la Encuesta Nacional de adicciones de 1993 se realizaron 20,243 entrevistas completas, dando una distribución por sexo de 45.5% para el grupo masculino y el 54.5% para el femenino.

En cuanto a la edad, el grupo de jóvenes (12 a 18 años) estuvo conformado por el 31.7% de la muestra, el resto se distribuyó en los grupos entre 19 y 65 años de edad. (Gráfica 1)

3. Medina-Mora, M.E., Tapia Conyer, R., Villatoro, J., Sepúlveda, J., Mariño, M.C., Rasón, M.L., 1993.
4. Sepúlveda, J. Las Adicciones: El reto de Hoy y del Futuro. El Día, 4 de Octubre de 1994.

Distribución de la Muestra por Grupos de Edad.

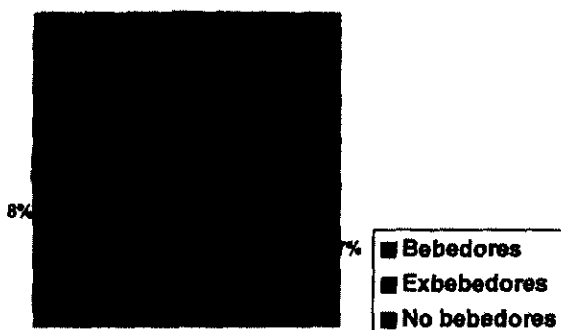


Gráfica 1.
Fuente: Encuesta Nacional de adicciones
Dirección General de Epidemiología SSA, 1993.

La distribución porcentual de los diferentes patrones de consumo muestran como dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores (65%) lo que permite estimar que existen poco más de 28 millones individuos catalogados como tales. De ellos 53.7% están entre 12 y 18 años y el 70.1% pertenece al intervalo de 19 a 65 años. Con respecto al género el 77.2% son hombres bebedores y el 57.5% son mujeres.

El 25% reportó ser no bebedor ($n= 10,780,875$) y menos del 10% se manifestó como exbebedor ($n= 3,436,757$). (Gráfica 2)

Prevalencia de Bebedores



Gráfica 2
Fuente: Encuesta Nacional de adicciones
Dirección General de Epidemiología SSA, 1993.

Con los resultados de la encuesta al comparar las prevalencias de bebedores a nivel nacional en cada una de las 8 regiones, se destaca que la prevalencia de bebedores (Es decir aquellos que consumieron durante los últimos dos años) es mayor a la media nacional en la Región Occidental (Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas), con un 78%, en la región que comprende el Distrito Federal y Zona Conurbada (73.4%); y en la región Centro (Hidalgo, Guanajuato, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala), con un 69%.

Con respecto al género, no parece haber diferencias en la distribución de bebedores: 52.9% son varones y el resto mujeres. Sin embargo al realizar un análisis intragénero, se muestra que de todas las mujeres entrevistadas 33.6% nunca ha consumido bebidas alcohólicas, mientras que del total de hombres sólo el 15.6% no lo ha hecho.

En el estado civil más de las dos terceras partes de los casados(as) y porciones similares en los(as) separados(as) consumieron alcohol en los últimos dos años. Casi un 63% de los solteros que incluyen en su mayoría a la población de adolescentes, bebió también en este lapso.

Con respecto a la escolaridad (a nivel nacional), puede señalarse la tendencia al aumento de la proporción de bebedores, a medida que aumenta el nivel escolar. El porcentaje más bajo de bebedores lo tiene el grupo que nunca fue a la escuela, mientras que el más alto se ubica entre los profesionistas; más de las tres cuartas partes de los que alcanzaron nivel de licenciatura son bebedores (82.1%). En el grupo de aquellos con mayor escolaridad formal es donde se encuentra la menor proporción de nunca bebedores. Sólo el 9.8% de los profesionistas y el 10% de los que cuentan con posgrado pueden clasificarse como no bebedores. Sin embargo, casi el 34% que no tienen educación formal se definieron como no bebedores.

Los nunca bebedores empleados y desempleados presentaron puntajes similares. El 17.4% de los desempleados nunca ha bebido alcohol, como tampoco lo ha hecho el 15% de los empleados.

Los porcentajes más altos de los que nunca consumieron se encuentran entre los estudiantes (35.3%) y aquellas(os) que se dedican al hogar, vinculado edad y sexo. La prevalencia más alta de exbebedores se encuentra entre los desempleados (15.4%), mientras que entre los empleados sólo un (7.5%) de personas que han dejado de beber.

Con respecto al tipo de bebida, frecuencia y cantidad de consumo casi una cuarta parte de la población bebedora (23%) consumió alcohol de 1 a 3 veces por mes, aproximadamente una quinta parte (16.2%) entre 1 y 4 veces por semana y cerca del 3% entre 5 y 7 veces a la semana. Más de la tercera parte de la población bebedora consumió con una frecuencia de 2 a 6 veces al año. La frecuencia de consumo en el grupo femenino en su mayoría fue de 2 a 6 veces al año.

En los grupos de mujeres de 19 a 25 años y de 26 a 34 años (12.9% y 10.3% respectivamente), es decir en el centro de la etapa reproductiva es donde se encuentran las frecuencias más elevadas de consumo. El 1.4% de las adolescentes presenta una frecuencia de 1 a 7 veces por semana. El 31.9% de los hombres beben con una frecuencia de 1 a 3 veces por mes, una cuarta parte lo hace de 1 a 4 veces por semana. De los adolescentes que beben, se estima que más de 300,000 jóvenes varones reportan beber de 1 a 7 veces por semana.

Con relación a la frecuencia de consumo y el estado civil, los porcentajes más altos se encuentran, tanto en casados como en solteros, con frecuencia de 2 a 6 veces al año, seguidas por la ingestión mensual. El 10% de los bebedores casados consumen alcohol de 1 a 4 veces por semana.

La cerveza es la bebida de mayor consumo a nivel nacional (70.9%); alrededor de la mitad de la población bebedora consume destilados (48.8%) y poco más de una cuarta parte (28.8%) vino de mesa. (Gráfica3)

Distribución del Consumo por Tipo de Bebida



Gráfica 3. Fuente: Encuesta Nacional de adicciones
Dirección General de Epidemiología SSA, 1993.

Los coolers se consumen por un 10% (9.1%); el 5% (4.4%) toma pulque y en cantidades menores al 1% (0.4%), alcohol de 96 grados. En cuanto a la frecuencia con que se consume cerveza, cerca del 16%, lo hace de 1 a 4 veces por semana y el 22.5% de 1 a 3 veces por mes. Cabe destacar que, de los adolescentes bebedores, el 11.2% bebe cerveza con esta última frecuencia y un 6.5% la consume diaria o semanalmente.

Con relación a la ingestión de destilados, el 10% los consume entre 1 y 3 veces por mes, y casi el 5% de los adolescentes los consume con esta misma frecuencia. Los porcentajes más altos de consumo de vino de mesa se ubican en la frecuencia de 2 a 6 veces por año, el 13.5% de los bebedores, así como el 11.9% de los menores de 18 años, ingieren con esa frecuencia.

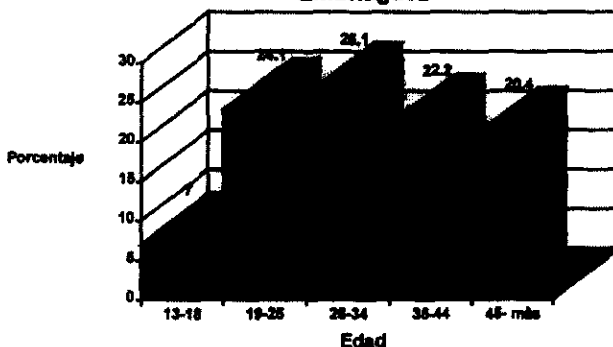
Respecto a los diferentes patrones de consumo, la mayor prevalencia (56.8%) es la de los bebedores poco frecuentes ($n = 28,207,794$). Los bebedores se agrupan alrededor de 6 patrones de consumo, de los cuales 3 corresponden a los bebedores moderados de alto nivel (12.8%), los bebedores frecuentes de alto nivel (5.9%) y los bebedores consuetudinarios (7.4%). El 26.1% se encuentra dentro de un grupo denominado "de alto riesgo potencial". El 10% de los adolescentes pueden agruparse en uno de estos 3 grupos de riesgo, es decir, 500,000 menores de 18 años.

Al tomar por separado los patrones de consumo de la población adulta ($n = 23,196,506$); se muestra que más de la cuarta parte de los adultos se encuentra en los 3 grupos mencionados, lo que equivale a más de 6,000,000 de individuos con patrones de consumo de alto riesgo.

Con respecto a la ocupación, los resultados permiten desmentir la asociación de consumo riesgoso y desempleo, ya que alrededor de 40% de los empleados y desempleados adultos se encuentra dentro del grupo de consumo de riesgo, así como el 16.1% de los estudiantes y el 5.1% de las(os) dedicadas(os) al hogar. El 22.3% de los jóvenes son desempleados, cerca del 20% tienen empleo y el 6% son estudiantes o están en el hogar.

Con relación a la embriaguez la encuesta encontró que alrededor de la cuarta parte (23.4%) de los bebedores que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, lo hicieron hasta embriagarse, es decir: más de 6,000,000 de bebedores toman hasta la ebriedad. De ellos el 7% son menores y el 92.4% adultos. El género masculino representa el 88.9% de la población que llega hasta la embriaguez. (Gráfica 4)

Distribución de la Edad en Población que llega a la Embriaguez



Gráfica 4.
Fuente: Encuesta Nacional de adicciones.
Dirección General de Epidemiología SSA, 1993.

Del total de la población que reportó consumo hasta la ebriedad, una cuarta parte pertenece al grupo entre 19 y 25 años, más del 25% al de 26 a 34 años, y cerca del 20% al de 35 y más. De los 9,000,000 que se embriagan, un 7% son menores de 18 años. Al interior de este grupo el 5% lo hace de 1 a 7 veces por semana; 15% entre 1 y 3 veces por mes y casi el 80% de 1 a 6 veces por año.

Los grupos de edad con mayor ebriedad diaria o casi diaria se encontraron entre la población de 35 a 44 años (40.3%) y la de los mayores de 45 años, que representaron casi la tercera parte del grupo con patrón de ebriedad diaria. Por lo que toca a la embriaguez anual (2 a 6 veces al año), más de la mitad pertenece al rango de edad entre 26 y 44 años. En conclusión, puede decirse que la población mayor de 26 años es la que tiene el riesgo más alto de embriagarse, sin el olvidar el 7% que representan los adolescentes.

Al comparar las prevalencias entre las diferentes regiones y la media nacional (23.4%) para el consumo hasta la embriaguez, las regiones Nororiental, Noroccidental y Centro Sur representaron prevalencias superiores a la Nacional (26.7%, 25.9% y 25.5%, respectivamente).

Por otro lado, la región de menor frecuencia fue la Norcentral, con una prevalencia de 15.4%. Al hablar de dependencia al alcohol se hace necesario mencionar los indicadores que nos marcan la existencia de la dependencia hacia éste. Los indicadores de dependencia (ICD-10), incluyen compulsión de uso, incapacidad de control, abstinencia, uso para aliviar la abstinencia, tolerancia, reducción del repertorio conductual, abandono de actividades y placeres relativos por el uso de alcohol, persistencia de abuso a pesar de las consecuencias dafinas y reinstalación rápida del síndrome después de un periodo de abstinencia. Se considera que hay dependencia cuando se encuentran presentes por lo menos tres de estos elementos en un periodo de 12 meses. El síndrome de dependencia al alcohol (SDA) fue compuesto por Edwards y es el que utiliza la Clasificación Internacional de enfermedades (ICD-10).

Para los resultados de dependencia solamente se consideró el rubro de la población entre 19 y 65 años de edad. La frecuencia total de dependientes fue del 9.4%, es decir poco más de 3,000,000 de personas de edad adulta representaron 3 o más síntomas considerados como indicadores de dependencia al alcohol. (Gráfica 5).

Distribución de la Población que presenta Dependencia al Alcohol por Sexo (19 a 65 años)



Gráfica 5.
Fuente: Encuesta Nacional de adicciones.
Dirección General de Epidemiología SSA, 1993.

De ellos, la prevalencia de dependencia masculina fue del 19.5% y del 1.2% la femenina.

Al hacer un comparativo regional, se observa que tanto la región Noroccidental (11.2%) como el Distrito Federal y el área metropolitana (10.4%) se encuentran por arriba de la media nacional (9.4%). La región con el menor índice de prevalencia fue la Occidental, con 7.1%.

Uno de los aspectos clave que intervienen en la percepción del proceso de alcoholización es la relación contradictoria entre las consecuencias positivas y negativas de la ingestión alcohólica.

Estudios cualitativos sobre la percepción infantil del consumo de alcohol han mostrado la ambigüedad con que perciben los niños el beber. Es frecuente que para ellos el consumo de alcohol sea símbolo de fiesta, convivencia, sociabilidad, e incluso entre algunos grupos medida terapéutica, todo esto alentado por la misma familia y la comunidad. Simultáneamente, el consumo se asocia a la violencia, maltrato, carencias, enfermedades e incluso a la muerte. Por lo tanto la ingestión alcohólica se percibe por los sujetos de manera ambivalente.

La encuesta investigó una serie de consecuencias negativas, denominadas "problemas derivados del consumo de alcohol". La población a la que se refiere este apartado la constituyen bebedores que reportaron un consumo de 5 o más copas en la misma ocasión, durante el último año de su consumo.

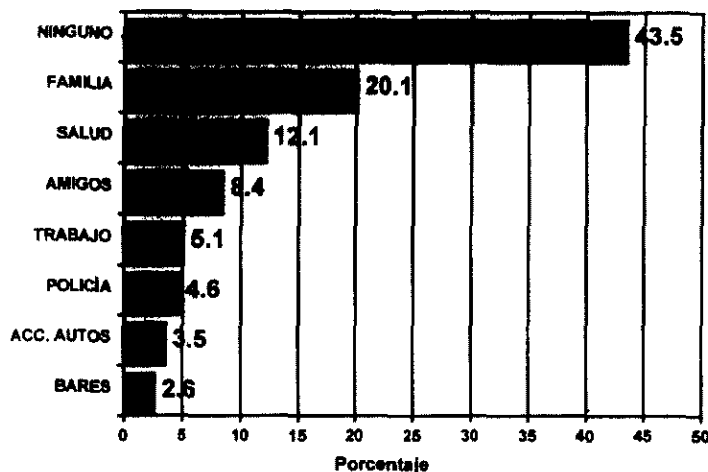
Es importante aclarar que lo anterior no implica que individuos que beben en menor cantidad estén a salvo de tener problemas ocasionados por el consumo.

Las características propias del individuo determinarán las consecuencias ocasionadas por el consumo de alcohol, sin importar frecuencia o cantidad.

El 41.6% de los bebedores que tomaron 5 o más copas por ocasión en el último año representaron 1 o más problemas derivados de su consumo. Cabe destacar que aproximadamente una quinta parte son problemas que implican violencia. Esto confirma hallazgos de estudio cualitativos, en los que se demuestra que la embriaguez esta asociada a violencia familiar, riñas en las calles, accidentes, entre otras consecuencias. Así mismo, datos de los archivos de los servicios forenses demuestran cómo la ingestión alcohólica está fuertemente asociada con accidentes y muertes violentas.

Con los resultados del estudio, puede estimarse que 16 de cada 100 de aquellos que consumen 5 o más copas por ocasión tienen problemas que están involucrados con violencia entre los que se incluyen: problemas con amigos (8.4%), con la policía (4.6%) y en bares (2.6%). (Gráfica 6)

Distribución de las consecuencias de la Población que consume 5 o más copas en cada ocasión.



Gráfica 6.
Fuente: Encuesta Nacional de adicciones.
Dirección General de Epidemiología SSA, 1993.

Específicamente, para el Distrito Federal se encontró que el 54% de los adolescentes han usado alcohol alguna vez en su vida y un 30% la han consumido en el último mes. Al analizar este consumo por género, la población masculina (33.2%), resulta más afectada que la femenina (27.2%), aunque la diferencia porcentual es pequeña.

Adicionalmente, los resultados indican que el 23% de los estudiantes consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, al menos una vez al mes. Esta conducta representa un riesgo para accidentes, por ejemplo, 3% reportó haber manejado un coche o motocicleta mientras bebía o justo después de haber bebido; 5% ha tenido accidentes como caídas, fracturas o golpes. (Villatoro, J. et al, 1999).

1.2 IMPACTO EN LA SALUD.

En los últimos 30 años la cirrosis hepática y las lesiones accidentales e intencionales han estado entre las principales causas de muerte en el país. Ejemplo de ello es la cirrosis hepática que constituye una causa de defunción muy importante en

nuestro país; no todos los casos de cirrosis se asocian al consumo pero una alta proporción, sí.

En nuestro país, la cirrosis afecta principalmente a los hombres adultos, que residen en zonas rurales del altiplano central y consumen bebidas alcohólicas fermentadas. En el panorama internacional, México ocupa uno de los lugares con mayor mortalidad por cirrosis hepática; en 1985 ocupó el segundo lugar por esta causa entre la población masculina y el tercero entre la población femenina.

Desde hace varios años México ha tenido la tasa de mortalidad por cirrosis hepática más elevada del continente americano, desplazándolo a países con tasas tradicionalmente altas como Chile y Bolivia. Actualmente la cirrosis ocupa el sexto lugar de las causas de mortalidad general.

En 1985 la cirrosis hepática fue la causa de mortalidad en el grupo de 15 a 64 años y actualmente es la tercera, después de los accidentes y homicidios. También aparece entre las diez principales causas de hospitalización en las instituciones públicas de salud. Mientras que en 1985 esta afectaba principalmente al grupo de 35 a 54 años, diez años más tarde este intervalo incluyó a individuos de 15 hasta 64 años, manteniéndose la cirrosis hepática como la segunda causa de muerte.

En al menos 15 entidades federativas de México, la cirrosis ocupa entre el primero y el cuarto lugar como causa de muerte en edades productivas. (1985)

Un estudio realizado en 1994 mostró que el alcohol era la sustancia adictiva con la tasa de consumo más alta y que los bebedores iniciaban esta práctica muy jóvenes, incluso antes de poder comprarla legalmente; sin embargo, la proporción más alta de consumidores se encuentra en el grupo de 19 y 34 años de edad. Aún cuando el porcentaje de usuarios varones es mucho mayor que entre las mujeres, la tendencia de éstas al consumo presenta un incremento preocupante.

Los daños ocasionados por el consumo excesivo pueden agruparse en dos:

- ❖ Los problemas crónicos o a largo plazo.
- ❖ Los problemas agudos o de aparición inmediata, durante o posterior a la intoxicación.

El impacto que tiene el consumo exagerado de alcohol sobre la salud de la población se evalúa de dos formas; una consiste en observar las variaciones de la mortalidad y de los años de vida potencialmente perdidos relacionados con cirrosis hepática y accidentes de tránsito, y la otra en calcular la cantidad de años de vida saludables perdidos.

México presenta una elevada tasa de mortalidad por cirrosis hepática, pues ocupa el segundo lugar en los varones y el sexto lugar en mujeres.

Llama la atención que en los hombres en riesgo de morir por cirrosis sea 3 veces más alto en México que en Estados Unidos o el Reino Unido, donde el consumo per cápita es mayor, y esto se debe a la nutrición, ya que la cirrosis que reportan los médicos se denomina Cirrosis de Laennec o alcoholismo nutricional, con este nombre y las condiciones de alimentación y de salud en nuestra población es obvio que este más en riesgo de morir.

En México además de presentar un número elevado de defunciones, el promedio de edad en que éstas suceden es bajo. Esto ocurre no sólo en hombres sino también en mujeres. Los hombres mexicanos pasan del segundo lugar en mortalidad al primero en años de vida potencialmente perdidos; mientras que las mexicanas suben del sexto al primero, respectivamente.

El riesgo de perder un año de vida saludable prematuramente por cirrosis hepática es 2 veces más alto en México que en Portugal y cinco veces más alto que en Estados Unidos. Por los tanto, la tendencia de los años de vida potencialmente perdidos debidos a accidentes de tránsito presenta también un importante crecimiento desde 1974 hasta 1982, y a partir de ahí inicia su descenso.

El riesgo de perder un año de vida tanto por cirrosis como por accidentes automovilístico es 4 veces más alto en los hombres que en la mujeres.

Como ya vimos antes la forma de medir el impacto de alcohol en la salud es conocer los años de vida saludable perdidos atribuibles a dicho factor de riesgo. En México, con esta metodología se encontró que el alcohol es responsable de la pérdida de más de un millón de años de vida saludables perdidos. En términos absolutos, la pérdida es mayor en el medio rural que en el urbano. Las enfermedades asociadas con el consumo de alcohol que más pérdida de años de vida saludable perdidos provocan son las lesiones por accidente de vehículo de motor 15%, la cirrosis hepática 39%, los homicidios 10% y la dependencia alcohólica 18%. El 15 % restante se distribuye entre otras 20 enfermedades.

1.3 PATRONES DE CONSUMO.

Los problemas que se presentan en nuestro país pueden explicarse por la forma en que se consume el alcohol, en forma episódica (no diario) con grandes cantidades de alcohol ingeridas por ocasión de consumos.

Los patrones de consumo de alcohol y los síntomas de dependencia en la población urbana de la República Mexicana. (Anales 2, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 133-137, 1991).

Los problemas que se asocian con el abuso de alcohol son más frecuentes entre los bebedores no dependientes, por ejemplo solamente 18% de las personas que han tenido un accidente automovilístico en el que el alcohol ha estado involucrado (Medina-Mora y cols., 1991, op. Cit.), son dependientes.

En nuestro país, la tasa más alta de bebedores frecuentes altos y consuetudinarios se da en la edad media (30 a 49 años).

Resultados de las encuestas de escuelas nos indican un elevado índice de consumo en la población adolescente, 3% de la población del país reporta consumir 5 copas o más por ocasión de consumo por lo menos una vez por semana, dato preocupante si se considera que el 90% de esta muestra es menor de edad y que en el Distrito Federal, de 1989 a 1993, aumentaron en forma significativa los usuarios activos de esta sustancia de 15% a 24% (Medina-Mora , 1993.)

1.4 DAÑOS A LA SALUD.

El 12% de la población urbana masculina y el 0.6% de la femenina, entre 18 y 65 años, cumple el criterio de dependencia de la décima clasificación internacional de enfermedades (ICD10).

Un indicador complementario es la mortalidad por cirrosis hepática, en México, las tasa de muerte por ésta causa, son de las más altas del mundo y ocupan el primer lugar de causa de muerte en la población masculina joven (30.7 por 100,000 habitantes).

Las tasas de mortalidad general relacionadas con el alcohol, que aumentó de 7.8 en 1970 a 13.0 en 1994.

La enfermedad del hígado, la pancreatitis, los desórdenes cardiovasculares, y el daño cerebral son solo algunas de las múltiples consecuencias del abuso de bebidas alcohólicas.

1.5 CONSECUENCIAS SOCIALES DEL ABUSO.

En México, 20.9% de los ingresos a las salas de urgencia por eventos traumáticos tuvieron lecturas positivas de alcohol en sangre.

6. Calderón, G., Campillo, C., & Suárez, C. Respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el alcohol. Organización Mundial de la Salud. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México. 1981, Medina-Mora y cols., 1988, op. Cit.
7. Rosovsky H, García G. López JL, Narváez A. El papel del consumo de alcohol en las urgencias médicas y traumáticas. IV Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 261-267 1988.

Durante el período comprendido entre julio de 1994 y junio de 1995, los servicios de urgencias de una institución de seguridad social en la zona metropolitana del valle de México, registraron un total de 17,225 consultas por accidentes, traumatismos y violencias, la que a su vez generaron 10,512 intervenciones quirúrgicas, 124,944 días de hospitalización y 2,592 días de estancia en servicios de terapia intensiva.

CAPITULO 2. TRATAMIENTO E INTERVENCIONES BREVES

INTRODUCCIÓN

Un rasgo esencial de cualquier forma terapéutica es la aspiración a un cambio; a partir de aquí, y acerca de la cualidad y forma de este cambio, se introducen las distintas versiones de cada escuela o teoría. En realidad, las técnicas y teorías terapéuticas han proseguido el camino iniciado por la filosofía, las religiones y la mística oriental y occidental. Las terapias retoman esta aspiración, instrumentalizándola a partir de un modelo científico y refiriéndola a una escala de valores distinta. Y en sentido general se puede entender a la terapia como una experiencia modificadora (Enciclopedia de la Psicología, Volumen II, Ediciones Océano. Barcelona, España, pp. 230-257).

El término tratamiento incluye una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados y población objeto.

Podemos hablar de tratamientos de una sola sesión, o bien, de tratamientos en los que el paciente es internado y permanece aislado de su medio durante periodos relativamente largos. (Ayala H. y Echeverría L., 1993). También sabemos que hay diferentes y diversos tipos de tratamientos, ya sea para personas con enfermedades terminales, para problemas alimentarios, para adicciones, etc., en este capítulo nos enfocaremos en los tratamientos para adicciones, más específicamente en alcoholismo.

Desde hace ya varios años, los terapeutas han tratado de encontrar la verdad sobre el tratamiento del alcoholismo. Y los extremos son la posición rotunda de que todos los tratamientos tiene el mismo valor o de que amargamente ninguno de estos sirve para nada.

Estas perspectivas reflejan tres diferentes mitos acerca del tratamiento del alcoholismo.

- > No puede ser trabajado
- > Hay una aproximación particular la cual es superior a las otras.
- > Todas las aproximaciones de tratamiento trabajan o funcionan igualmente bien.

Todas estas aseveraciones son erróneas. Existen diferentes aproximaciones significativamente mejores que otras intervenciones o alternativas de tratamiento.

La razón para la esperanza y optimización en el campo del alcoholismo no es la presencia de una sola aproximación, sino una promisorio y efectiva alternativa para cada diferente tipo de individuo.

Libros contemporáneos describen confiadamente al alcoholismo en una anomalía bioquímica inherente, un proceso de aprendizaje social, una dinámica familiar y una elección personal. Los desacuerdos que surgen en cuanto a la esencia y las causas del alcoholismo han creado una serie de modelos en relación a cómo puede ser finalmente tratado el alcoholismo (Miller. W., Hester. R., 1980, 1986).

Desde una perspectiva convencional, el alcoholismo es una enfermedad progresiva imparabile, excepto en ocasiones de casos de remisión espontánea (Hill, 1985; Pattison y

cols., 1997). Este enfoque, plantea como criterio de éxito y objetivo de tratamiento la abstinencia.

A partir de la década de los 50's se ha dado un incremento en la búsqueda de programas que ayuden a prevenir o reducir la amplia problemática social que resulta del consumo excesivo de alcohol; esta búsqueda ha sido a nivel internacional gracias a la preocupación constante de autoridades, investigadores y profesionistas del campo de la salud.

Uno resultó del incremento en el consumo per cápita en países en vías de desarrollo (como lo es México), la demanda de servicios asistenciales y de tratamiento han mostrando un importante crecimiento; haciendo evidente la grave carencia de este tipo de servicios que por lo general existe.

Cabe mencionar que la mayoría de los servicios de tratamiento están dirigidos a los individuos con alta dependencia (alcohólicos) a pesar de que se estima que la proporción de bebedores con baja dependencia, en contraste a los bebedores con alta dependencia, es aproximadamente de 4 a 1 en la mayoría de los países (Institute of Medicine, 1990).

La prevención de consumo excesivo de alcohol, así como el tratamiento y rehabilitación del alcohólico y el bebedor problema representan áreas de considerable y creciente actividad de investigación en las ciencias médicas y las sociales en las últimas décadas. Actualmente existe una mayor conciencia social sobre los problemas que ocasiona el consumo de alcohol y recientemente han aparecido en la literatura especializada sobre el tema, numerosos estudios que ponen en tela de juicio las suposiciones básicas acerca de la manera más apropiada para llevar acabo la rehabilitación del alcohólico y del bebedor problema. (Ayala & Gutierrez, 1993)

En las últimas dos décadas se ha comprobado que hay una gran cantidad de personas que tienen problemas asociados con su consumo de alcohol pero que permanecen intactos en las demás áreas de su vida, éstos han sido llamados "Bebedores problema". El bebedor problema es aquella persona que tiene problemas con su consumo pero que no ha experimentado los síntomas graves de abstinencia, estos son superiores en número a los bebedores con dependencia severa en una relación que va de 3 a 1, y hasta de 7 a 1 (Ayala & Gutiérrez, 1993).

Los programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol, se han enfocado únicamente en el tratamiento de los casos donde existe una dependencia severa hacia el alcohol, promoviendo como meta final la abstinencia, en personas que presentan síntomas de retirada.

Numerosas investigaciones han demostrado que sólo del 25% al 30% de las personas que acuden a servicios de salud, presentan síntomas de severidad que se incrementan a través del tiempo. La mayoría de los casos por el contrario, son aquellos que tienen una historia de consumo que fluctúa entre periodos problemáticos por el alcohol, con consecuencias variadas, y periodos de abstinencia o consumo limitado en que no se presentan problemas. Sin embargo los programas de tratamiento para la población de bebedores problema no ha tenido el éxito deseado debido a que se utilizan los mismos procedimientos que para los casos más severos, donde la meta del tratamiento tiene una orientación hacia la abstinencia, que los usuarios; en muchas ocasiones no están dispuestos a seguir.

Debido a que este es un serio problema de salud pública, se vio la necesidad de desarrollar programas encaminados a minimizar los costos individuales y sociales producidos por la población de bebedores problema. Esto se ha logrado a través de la aplicación de programas breves y efectivos que cubren las necesidades propias de los usuarios y que a su vez son atractivos para los mismos. Una aproximación promisoría para esta población es la moderación en el consumo, ya que se ha encontrado que bajo condiciones ambientales controladas los bebedores problema pueden limitar su ingesta.

2.1 INTERVENCIONES BREVES

En las últimas dos décadas se han desarrollado y evaluado una serie de alternativas de intervenciones breves para bebedores con dependencia baja y media que han demostrado resultados promisorios y que constituyen en la actualidad el fundamento para las acciones de prevención secundaria en esta problemática (Ayala y cols, 1998).

Relativamente se ha encontrado que las intervenciones breves, consecuentemente son efectivas en reducir el consumo de alcohol o como referencia en acabar el tratamiento en bebedores problema.

Diversos estudios indican que las intervenciones breves son más efectivas que ninguna asesoría, y frecuentemente tan efectivas como tratamientos más extensivos.

En este amplio rango de opciones de tratamiento destacan las llamadas intervenciones breves que ofrecen un nuevo abordaje terapéutico que no está en conflicto con otras formas convencionales de tratamiento.

Este tipo de intervención surgió en los años setenta cuando se empezaron a buscar formas de identificar tempranamente a personas que beben en exceso con el fin de proporcionarles un tratamiento de reducida complejidad para modificar su problemático patrón de consumo.

El concepto de intervención breve se ha utilizado desde entonces para describir las técnicas específicas que confrontan a las personas con problemas de consumo de alcohol y que las motivan para iniciar un tratamiento.

La *Organización Mundial de la Salud* describe este tipo de intervención como una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol riesgosa o destructiva con la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad - y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles problemas-. Dicha estrategia está dirigida particularmente a individuos que no han desarrollado dependencia física o complicaciones psicosociales mayores o severas¹.

La intervención breve es una aproximación pro-activa que inicia el trabajador de la salud más que el paciente y que no involucra juicios hacia éste.

1. Medina-Mora, M., "El abuso de alcohol, antecedentes y consecuencias: evaluación de un modelo de intervención", Instituto Mexicano de Psiquiatría con financiamiento del CONACYT y de la Secretaría de Salud, núm. MO148-H9802, proyecto núm. 4270, 1997.

Las intervenciones breves presentan en la actualidad las siguientes características: se restringen a un máximo de cuatro sesiones, en las que se proporciona consejo y apoyo para motivar a la persona a un cambio en su conducta de consumo de alcohol, así como la información necesaria para lograr que éste sea moderado; las puede realizar personal que no sea especialista en tratamiento de adicciones; se proporcionan a individuos que tienen problemas con su forma de beber, pero que no han sido diagnosticados con dependencia severa; la meta de la intervención es la moderación y la abstinencia.

A finales de los 70's empezaron a aparecer evaluaciones alentadoras de la efectividad de la intervención con bebedores problema (Miller, 1993); dichos resultados positivos se mantuvieron durante los seguimientos que se hicieron a los "clientes".

Un estudio que llamó particularmente la atención fue el de Miller y colaboradores, en donde se utilizó una forma de biblioterapia (manual de auto ayuda); los resultados obtenidos mostraron que el uso de materiales de apoyo puede ser tan efectivo como una intervención más compleja. Estudios en varios países (Suecia, Francia) evaluaron la efectividad de las intervenciones breves.

En 1993 se estimó la eficacia de 32 estudios, con seis mil bebedores problema aproximadamente (Bien, 1993).

Al comparar la conducta de consumo antes y después del tratamiento se encontró que la intervención breve tenía una efectividad 27% superior en comparación con los tratamientos más extendidos y con grupos controles (sin tratamiento). Se concluyó así que la conducta de consumo riesgoso puede modificarse con intervenciones bien planeadas de este tipo.

Existen algunos elementos comunes de intervenciones breves efectivas que podrían ayudar a entender la importancia que éstas tienen en la actual problemática del consumo excesivo de alcohol:

1. Usualmente son significativamente más efectivos que el no intervenir;
2. Comúnmente muestran un impacto similar para intervenciones más prolongadas;
3. Y Pueden reforzar la efectividad de un tratamiento subsecuente.

Una posibilidad para explicar la eficacia de este tipo de intervenciones es que contienen condiciones críticas que se necesitan para fomentar un cambio en una proporción substancial de los casos estudiados.

Algunos investigadores señalan que la intervención breve no puede ser vista como suficiente por sí sola, pero puede proporcionar preparación y motivación más allá de necesitar servicios.

Los sistemas de tratamiento deben considerar el ofrecer consejería breve como una modalidad costo-efectiva particularmente para su potencial de reemplazar o reducir listas de espera.

La intervención breve produce resultados significativamente mejores que el no tratamiento, y frecuentemente es comparable con aquellos tratamientos más prolongados.

Los tratamientos breves ofrecen una opción alentadora, efectiva y conveniente que debe implementarse como parte de una rutina de salud (Bien, T, Miller, W., 1993).

2.2 INTERVENCIONES BREVES Y MOTIVACIÓN TERAPÉUTICA.

Otra aplicación de la intervención breve ha sido el refuerzo motivacional previo al tratamiento (Stark, 1992). Chafetz, en estudios tempranos, encontró que a los pacientes médicos que se les dio una única sesión de asesoría y consejería, permanecieron más tiempo en tratamiento para problemas de alcohol (Chafetz, 1961, 1968). Bien (1992) aleatorizó a 32 sujetos para recibir o no recibir intervención breve previa a entrar a un tratamiento de consulta externa en US Veterans Administration Medical Center. Su intervención consistió en el chequeo del bebedor (Miller et al. 1988) seguido de una sesión de retroalimentación y entrevista motivacional (Miller, 1983; Miller & Rollnick, 1991). A los 3 meses de seguimiento, aquellos que habían recibido entrevista motivacional reportaron significativamente un menor consumo de alcohol y más días de abstinencia. En diseño similar, Brown & Miller (1993) probaron el chequeo del bebedor y la entrevista motivacional como un preludio para el tratamiento residente del alcoholismo en un hospital psiquiátrico privado. 28 admisiones consecutivas se asignaron alternativamente para recibir o no recibir la intervención breve en la admisión. Aquellos a quienes les dieron la inducción motivacional, participaron de manera más completa durante el tratamiento (por los ratings a ciegas de los terapeutas) y mostraron significativamente un menor consumo de alcohol después de tres meses de datos de alta.

De estos estudios, entonces parece que las intervenciones breves pueden impactar la participación del tratamiento y a través de este y otros mecanismos ejercer un impacto benéfico en los resultados del post-tratamiento. Los investigadores como los médicos tienen una obligación ética hacia los sujetos que requieren los servicios o que son identificados en riesgo. Como mínimo, los sujetos de investigación que son evaluados y encontrados en riesgo deben ser reportados por este hecho. Dada la evidencia experimental revisada arriba, más allá de la preocupación ética si los sujetos están en riesgo o no (o, para el asunto de aquellos pacientes de agencia que están en listas de espera) puede ser negada una intervención breve la cual ha sido prometedora para reducir el consumo y relacionada con los índices de morbilidad y mortalidad.

La evidencia actual apoya la expectativa razonable de que las intervenciones breves pueden ser efectivas, y no son significativamente menos que aproximaciones alternativas. Varios escritores han especulado sobre lo necesario o las condiciones mínimas, lo óptimo o los elementos claves que disparan el cambio en conductas adictivas (Edwards & Orford, 1977; Miller, 1989; Orford, 1985, 1986; Ritson, 1986).

Examinando los estudios revisados aquí, Miller & Sánchez (1993) enumeraron 6 elementos comúnmente incluidos en intervenciones breves que han mostrado ser efectivos. Estos son resumidos por la sigla en inglés FRAMES: Retroalimentación, Responsabilidad, Consejo, Menú, Empatía, y Auto-eficacia.

RETROALIMENTACION de daño o riesgo personal.

La mayoría de las intervenciones breves han proporcionado a los clientes retroalimentación, en alguna forma, en la evaluación de resultados. La evaluación ha sido frecuente, pero no siempre, prolongada, ocupando un promedio de 2-3 horas. La simple participación en esta cantidad de evaluación puede producir un impacto a través de la retroalimentación inherente incluida (p.e Elvy et al. 1988; Heather et al., 1986). Algunas intervenciones breves se han enfocado explícitamente en la retroalimentación de daños como una herramienta que promueva el cambio (p.e Kristenson et al., 1983; Miller & Sovereign, 1989; Persson & magnusson, 1989).

Enfasis en la RESPONSABILIDAD personal para el cambio.

Las intervenciones breves además han aconsejado comúnmente a los pacientes acerca de que su consumo de alcohol es su propia responsabilidad y opción. Un mensaje implícito o explícito es que "Nadie puede hacer el cambio o decidir por ti. Lo que quieras hacer por tu consumo esta en ti". El percibir un control personal ha sido reconocido como un elemento de motivación para el cambio y mantenimiento de la conducta (Decid, 1975; Miller, 1985).

CONSEJO claro para el cambio.

No obstante, todas las intervenciones descritas en este estudio han contenido un consejo explícito verbal o escrito para reducir o parar el consumo de alcohol. El consejo, de hecho, algunas veces se ha descrito como la esencia de una intervención breve (Edwards et al., 1977 Orford & Edwards, 1977).

Un MENÚ de opciones alternativas de cambio.

Las habilidades de auto-ayuda han descrito típicamente, no una sino un conjunto de estrategias alternativas para reducir el consumo (Heather et al., 1989; Miller & Muñoz, 1982; Robertson & Heather, 1986). Las intervenciones breves, tienen rara vez una única aproximación prescrita, pero se aconsejan como una meta general o un rango de opciones. Presumiblemente, esto incrementa la probabilidad de que el individuo pueda encontrar una aproximación apropiada y aceptable de su propia situación.

EMPATÍA Terapéutica como estilo de consejería.

Siempre que el estilo haya sido descrito en reportes de intervenciones breves efectivas, el énfasis se ha hecho en una aproximación cordial, reflexiva, empática y entendible. No se reporta que el consejo breve efectivo haya parecido directivo, agresivo, autoritario, o de elementos coercitivos que algunas veces están asociados con el consejo en el abuso de alcohol/drogas (Miller, 1985; Miller & Rollnick, 1991), aunque algunos han llamado sus intervenciones "confrontativas" (p.e Chapman & Huygens, 1988; Sannibale, 1988).

Reforzamiento de la AUTO-EFICACIA u optimismo del cliente. Finalmente, es común en la intervención breve animar la auto-eficacia del cliente para el cambio más que enfatizar la incapacidad o inutilidad. Con respecto al optimismo la posibilidad de cambio frecuentemente ha sido incluido en un consejo motivacional efectivo.

Esto parece ser que aunque la mayoría de estos elementos han sido presentados en la mayoría de las intervenciones breves probadas, un único elemento (excepto, quizás, consejo) es necesario para que el cambio ocurra. En adición a estos 6 elementos FRAMES, los estudios en intervenciones breves han incluido además repetidas visitas de seguimiento.

Esto es una diferencia substancial entre la intervención y los grupos control en algunos estudios (p.e. Kristenson et al., 1983; Wallace et al., 1988). La ocurrencia del primer seguimiento, de hecho, ha sido seguida una reducción en el consumo entre los controles al menos en 2 estudios (Elvy et al., 1988; Heather et al., 1987), y ha mantenido el seguimiento más generalmente reconociéndolo como un factor que favorece y mantiene el cambio. No obstante, muchos de los ensayos documentan la ocurrencia de un notable cambio en la conducta inmediatamente seguido de una intervención breve, sin el beneficio de seguimientos repetidos.

Es plausible que el impacto primario de las intervenciones breves esta en la motivación para el cambio (Miller & Rollnick, 1991), y una vez que la motivación ha impactado, los individuos pueden proceder a cambiar su conducta con un mínimo de ayuda. Esto por supuesto, ocurre además, sin ningún consejo formal del todo (Sobell, Sobell & Toneatto, 1991), pero la consistencia observada en las diferencias, revisada anteriormente, entre tratamientos breves y falta de tratamiento, sugiere que la intervención breve puede promover un proceso natural de cambio en el cual de otro modo no ocurriría, o puede retrasarse. Es notorio en esta consideración que el cambio substancial en la conducta de consumo ha sido observado dentro de pocas semanas de la intervención breve, sin entrenamiento de habilidades (p.e. Miller et al., 1980, 1988, 1993).

El efecto aditivo demostrado de las intervenciones breves como preludeo de tratamiento es además consistente con una conceptualización motivacional de su impacto. Miller & Brown (1991) han propuesto la aplicación del modelo de auto-regulación para las conductas adictivas y los procesos relacionados con el cambio. En esta visión, el cambio de conducta puede ser disparado creando una discrepancia percibida entre el estado actual y el deseo de metas (cf. Kanfer, 1986; Miller & Rollnick, 1991).

En un estudio con canalizaciones de bebedores (Miller et al., 1988), las razones expresadas para no buscar ayuda previamente sugiere una falta previa de discrepancia (p.e. "Yo no creo que mi consumo de alcohol sea la causa de mis problemas", "Yo no creo que mi problema sea serio" y "yo no creo ser un alcohólico"). Esto queda determinado, más allá de la investigación, si las intervenciones breves hacen un cambio impactando tales percepciones y motivaciones.

La literatura de la intervención breve ofrece esperanza substancial que los profesionales en cuidados de la salud pueden canalizar exitosamente a bebedores problema en un tratamiento, y tal canalización producirá beneficios a largo plazo (p.e. Elvy et al., 1988).

Los estudios revisados anteriormente sugieren una variedad de practicas breves y específicas que significativamente incrementan la probabilidad de una canalización exitosa. Esto incluye, en adición para los elementos FRAMES descritos arriba, telefonar para una cita específica mientras el paciente este presente, y arreglar para que el paciente sea visto con mínimo retraso. Procedimientos específicos han sido descritos en otra parte para cierto

tipo de canalizaciones, tal como alentar exitosamente a un servicio de grupo de auto-ayuda (Sisson & Mallams, 1981). Un estilo autoritario y más coercitivo, puede ser menos efectivo en la realización de la canalización (Kuchipudi et al., 1990; Miller et al., 1993).

Aunque es fundamental conocer y tener habilidades importantes para entender y tratar los problemas de alcohol, esta es la razón para cuestionar un tratamiento especialista como el solo modelo para direccionar estos problemas. La prevalencia pura del problema de consumo de alcohol supera el máximo de la capacidad imaginable de los servicios especialistas. Más allá, de la inmensa mayoría del alcohol-daño, la gente nunca sigue un tratamiento especialista, aunque frecuentemente ellos están en contacto con otros servicios sociales y de salud. Más allá, de los estudios propiamente controlados se han encontrado pocas o ningunas diferencias globales en la efectividad entre más versus menos intensivo y caros escenarios de tratamiento especializados en el alcoholismo (Annis, 1986; Instituto de Medicina, 1989; Miller & Hester, 1986). Las modalidades de tratamiento más breves y menos costosas parecen ser al menos efectivas, al tratar problemas indiferenciados de alcohol, que aproximaciones, más caras (Holder et al., 1991). Más importantemente, de forma relativa el consejo breve puede disparar un cambio significativo en la conducta en un amplio rango de individuos, incluyendo aquellos que no se inclinan a seguir en un tratamiento formal. La efectividad de la intervención breve, de cualquier modo, puede requerir más que una simple palabra de consejo.

Las agencias con listas de espera para bebedores problema (o profesionales del cuidado de la salud son incapaces de encontrar una canalización inmediata) deben considerar el proporcionar una evaluación e intervención iniciales y breves, más que sólo instruir a los clientes a esperar hasta que haya un terapeuta disponible.

La investigación revisada indica que la intervención breve puede ser efectiva al inducir un cambio en la conducta para una proporción substancial de individuos, reduciendo el riesgo mientras esperan y la presión final en el sistema para proporcionar servicios de tratamiento.

Bajo las condiciones ideales, los tratamientos deben ser un manual-guía, con supervisión observacional o grabando la sesión para evaluar la complacencia del consejero. Los procedimientos de entrenamiento y criterios de competencia deben ser especificados. Dada la evidencia de que las habilidades del terapeuta tienen un efecto substancial en la eficacia de las intervenciones para problemas de alcohol (p.e Miller et al., 1980, 1993), debe haber un entrenamiento e investigación de diseños que deben ser directamente dirigido al estilo y a las características de esas intervenciones enviadas. Cuando se comparan diferentes intervenciones, se debe hacer un esfuerzo para asegurar que los tratamientos son un procedimiento diferente en la práctica.

Por otro lado, desde la perspectiva de psicoterapia a largo plazo, los tratamientos "prolongados" de algunos estudios pueden por ellos mismos contemplarse como breves. Esto es improbable, aunque no es inconcebible (Deaton & Olbrisch, 1987), que la brevedad es el ingrediente activo para la efectividad de las intervenciones breves. Muchas de las intervenciones estudiadas parecen haber tenido una base conceptual común e implícita, en la cual la brevedad es compatible pero no esencial. La efectividad de las intervenciones breves proporciona una fascinante oportunidad para estudiar los determinantes y operaciones motivacionales del cambio de conducta (Miller & Rollnick, 1991; Orford, 1985).

En las comparaciones de Miller de intervenciones breves de auto-ayuda con consejo conductual, las medidas de severidad del problema no predicen un éxito diferencial entre los grupos de tratamiento (Miller & Baca, 1983). Más allá de la severidad de los problemas, una variedad de características de los clientes puede ser probada como predictores de respuesta diferencial para tratamiento breve. Prolongado. Algunos ejemplos de variables prometedoras son educación, edad, apoyo social, locus de control, daño neuropsicológico, y comorbilidad. Otro predictor potencial de respuesta diferencial para la intervención breve es el género.

Debe resaltarse asimismo, que mientras que el costo en proporcionar intervenciones breves es relativamente bajo (Fremantle, Gill y Godfrey, 1993), se ha reportado que los beneficios que se derivan de ellas se reflejan en otros indicadores de costo-beneficio, como son una reducción del ausentismo laboral y un menor número de días de hospitalización de los individuos que reciben dicha atención (Kristenson, Ohlin, Hulten-Nosslin, Trelly y Hood, 1983).

2.3 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

Las terapias conductuales son tratamientos derivados fundamentalmente de las teorías del aprendizaje. El objetivo del tratamiento es la modificación de la conducta problemática mediante procedimientos experimentalmente comprobados, que intentan disminuir o eliminar los hábitos inadaptados e instaurar los deseables. (Enciclopedia de la psicología, Vol. II, Edit. Océano. Barcelona, España).

Las intervenciones terapéuticas cognitivo-conductuales muestran una particular efectividad; se caracterizan por su corta duración, por no ser una intervención compleja, por presentarse en una modalidad de consulta externa y por permitir al usuario o cliente elegir entre la moderación o la abstinencia como metas viables del tratamiento. Estas aproximaciones están basadas en la teoría del aprendizaje social desarrollada por Bandura, la cual se fundamenta en los principios y procedimientos del condicionamiento clásico y operante, e incorpora otros de gran importancia como los procesos simbólicos, vicarios y de autorregulación.

Esta teoría busca explicar la manera en que los individuos adquieren y mantienen una conducta y para ello incorpora tres elementos clave: la importancia de la experiencia que una persona adquiere durante su desarrollo, así como una vulnerabilidad biológica; la importancia de los antecedentes ambientales inmediatos y las consecuencias de la conducta; y los procesos cognoscitivos cuya ausencia o presencia puede explicar - e incluso conociéndolos, prevenir - algunas conductas de consumo problemático.

La teoría del aprendizaje social propone que el abuso en el consumo de alcohol es una conducta aprendida, un hábito maladaptativo dentro de un contexto cultural y en algunos casos, con un componente genético. Es decir, el individuo es un agente activo en el proceso de aprendizaje; por tanto, si una persona abusa del alcohol puede aprender, mediante mecanismos de autorregulación, a modificar su consumo y a hacer un uso no problemático de esta sustancia. Las creencias, las expectativas, las habilidades de afrontamiento y la percepción de la auto-eficacia juegan un papel clave en la regulación de las conductas relacionadas con el uso de alcohol.

En particular, las intervenciones terapéuticas conocidas como terapia cognoscitivo-conductual cuya efectividad ha sido constatada en poblaciones de bebedores con niveles de dependencia media (Sanchez-Craig, Annis, Bornet y McDonald, 1984; Alden, 1988; Miller, Leckman, DeLaney y Tinkcom, 1992; Sobell y Sobell, 1993a) reúnen en gran medida los requisitos necesarios para formar parte de acciones de prevención secundaria.

Este modelo de tratamiento se caracteriza por su corta duración y por no ser una intervención intensiva, así como el hecho de que los servicios de atención se ofrecen en una modalidad de consulta externa, ya que en estas intervenciones la meta terapéutica puede ser tanto la moderación como la abstinencia y se permite que los usuarios puedan elegir su meta terapéutica. Esto concuerda con lo que la literatura señala para hacer atractivo el tratamiento e incrementar la adherencia terapéutica de bebedores con niveles bajos y medios de dependencia que difícilmente aceptan la abstinencia como meta de la terapia (Elal-Lawrence, Slade y Dewey, 1986; Sanchez-Craig y Lei, 1986; Orford y Keddle, 1986; Bandura, 1986; Miller, 1986/87).

La concepción que sustenta la aproximación cognoscitivo-conductual difiere en forma importante de las concepciones tradicionales del alcoholismo, ya que se considera que las conductas adictivas representan una categoría de "hábitos maladaptativos" tales como fumar, usar drogas, beber y comer en exceso y apostar compulsivamente. Estas conductas se conceptualizan como hábitos aprendidos que pueden ser analizados y modificados de manera similar a la de otros hábitos. Sin embargo, no se desecha que el involucrarse continuamente en hábitos adictivos, puede llevar a consecuencias negativas de orden físico (obesidad, cirrosis, cáncer pulmonar, etc.).

Por otro lado, el hecho de que una enfermedad sea el producto de un ciclo de conducta adictiva de larga duración, no implica que la conducta en sí sea una enfermedad o que esté causada por un desorden fisiológico. El componente fundamental que guía estas intervenciones para modificar tales hábitos, se denomina auto-control, y consiste en un proceso a través del cual un individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su propio comportamiento, a fin de lograr un resultado positivo. En la instrumentación del proceso de auto-control se emplean estrategias específicas para manejar situaciones particulares de alto riesgo por el consumo excesivo del alcohol, así como estrategias globales para modificar estilos de vida dañinos.

En el año de 1992 se desarrolló e instrumentó en la Ciudad de México un programa de intervención breve para proporcionar tratamiento a bebedores con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol y con una historia de problemas sociales relacionados con su forma de consumo. La modalidad de intervención breve que se ensayó con la población mexicana se deriva de un modelo desarrollado inicialmente en Canadá que se denomina Auto-Cambio Dirigido (Sobell & Sobell, 1993). Este se caracteriza por ser un proceso de tratamiento efectivo y menos restrictivo que está diseñado para ayudar al usuario. Este programa de **Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema** es llamado así porque los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento (con la asesoría del terapeuta de acuerdo a los límites razonables y contraindicaciones médicas de la ingesta) bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta, que si ésta es establecida únicamente por el terapeuta.

Este tratamiento es un modelo cognitivo-conductual de intervención breve para bebedores con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol; es una intervención motivacional que ayuda a la persona a comprometerse a cambiar su conducta y reorganizar y usar sus fortalezas y crear estrategias para resolver los problemas relacionados con el alcohol. La meta de este tratamiento es ayudar al usuario a desarrollar una estrategia general de solución de problemas que le permite enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta.

El tratamiento se proporciona una vez por semana durante 45 minutos a una hora aproximadamente, a través de cuatro sesiones individuales con un terapeuta, y se apoya en una serie de lecturas relacionadas con el proceso de cambio en la forma de consumir alcohol y las tareas relacionadas con estas lecturas. Estas actividades se centran en ayudar al usuario a lograr: decidir cambiar, establecer una meta de consumo, evaluar situaciones de alto riesgo para beber y enfrentar sus problemas con el alcohol (Ayala y cols, 1998).

2.4 DESERCIÓN

Diversos estudios muestran que aunque este tipo de tratamientos tiene éxito, también tienen un alto índice de deserción. La deserción en el tratamiento de uso de sustancias como el alcohol, es alto, pero solo un poco más en relación al nivel de clientes desertores que participan en una amplia gama de tratamientos médicos y psiquiátricos.

Gracias a múltiples estudios que se han llevado a cabo, podemos observar que la mayoría de los bebedores problema generalmente no acuden en busca de tratamiento, ya sea por pena o porque no consideran su consumo como un problema, otra parte de estos acuden al tratamiento, pero por diversas razones, desertan de él.

Existen múltiples investigaciones sobre cuál es el factor que origina la deserción; sin embargo ninguno de estos ha encontrado un factor que sea determinante o aclare esta situación. Algunos estudios muestran que más del 50% de las deserciones ocurre al inicio del tratamiento; sin embargo este dato no parece asumir que los desertores tengan peores resultados que la gente que continua o finaliza el tratamiento.

Starck y colaboradores en 1992 señalan con respecto a la evidencia sobre la continuación del cliente en el tratamiento, que es considerable el impacto de variables demográficas, sociales, de motivación del cliente, uso de sustancias, criminalidad, presión social, previa historia del tratamiento y psicopatología del paciente.

Existen diversos factores en los clientes que abandonan un tratamiento de abuso de sustancias como es: edad, sexo, estabilidad matrimonial, estado civil, relación del cliente con los familiares o con personas de su comunidad, nivel socioeconómico y motivación terapéutica. Sólo que ninguno de estos factores parecen ser determinantes y por otro lado ninguno de estos es un factor poderoso en la retención de los clientes en el tratamiento. Se ha demostrado que los pacientes motivados tienen características y estilos; este tipo de factor nos ha llevado a un cambio de opinión acerca de la motivación del cliente, los terapeutas ya no necesitan sentirse mal si el cliente "no se motiva."

2. Tomado de la tesis que presentaron para obtener el grado de licenciatura: Colín Pérez A., Garduño García C. Con el título: "La autoeficacia como una medida predictiva de éxito en un tratamiento para Bebedores Problema". UNAM

No es apropiado adjudicarle la responsabilidad a los clientes por tener insuficiente motivación, o por fallar en responder al tratamiento, debido a los mecanismos defensivos; no es necesario esperar a que los alcohólicos toquen fondo.

Gracias a varios estudios acerca de la motivación, Miller elaboró lo que él llama entrevista motivacional: **6 llaves para el cambio**, la cual tiene como objetivos terapéuticos utilizar estos elementos para ayudar al cliente a establecer sus metas y encontrar las razones para reducir o dejar de consumir alcohol, identificar las situaciones en que es más probable que beba en exceso y desarrollar estrategias alternativas para enfrentar el problema que le ocasiona su patrón de consumo excesivo.

En el siguiente capítulo describiremos con detalle la Entrevista Motivacional, así como los elementos que la conforman.

CAPITULO 3. ENTREVISTA MOTIVACIONAL

INTRODUCCIÓN

Un aspecto muy importante dentro de la presente investigación es poder saber que tan motivado está el usuario al ingresar al Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema y saber qué elementos son importantes para cada persona y qué elementos reforzar más que otros; debemos tener claro qué es lo que entendemos por motivación, por tanto, haremos una breve introducción sobre los diferentes tipos de definiciones que se han utilizado de motivación en los últimos años.

La motivación es un conjunto de factores dinámicos que determinan la conducta de un individuo. Puede considerarse a la motivación como el primer elemento cronológico de la conducta. Sin embargo, en el origen de ésta no hay sólo una causa, sino un conjunto de factores en interacción recíproca¹.

La motivación es un estado de disposición al cambio, el cual puede fluctuar a lo largo del tiempo o de una situación a otra. Este estado puede ser influenciado por diversos factores.

El concepto comúnmente utilizado en el campo de las adicciones, es que la motivación es una característica de la persona, un trato o un estado personal. Por esto, nosotros vemos a la motivación no como algo que uno tiene, sino como algo que uno hace. Esto involucra reconocer el problema, buscar una forma de cambiar y entonces empezar continuar y completar la estrategia de cambio (Miller, 1989).

Para poder entender este concepto con más claridad Prochaska y DiClemente (1982, 1986) han descrito una serie de estados o etapas a través de las cuales las personas pasan en el curso de decidir cambiar su problemática. Cabe mencionar que este modelo ha sido también observado en fumadores regulares.

Esto no sucede sólo en la terapia, las personas parecen atravesar por etapas similares en el proceso de cambio.

El modelo implica que el terapeuta puede tomar diferentes aproximaciones con el cliente, dependiendo donde se encuentre éste, en el proceso del cambio. Diferentes habilidades parecen ser necesarias para llevar a cabo este abordaje.

Parece ser que los problemas del cliente al estar desmotivados o resistentes ocurren cuando el terapeuta está usando estrategias inapropiadas para la etapa de cambio en la que se encuentra el sujeto. El modelo de Prochaska y DiClemente puede ser ejemplificado con cuatro, cinco o seis etapas.

Precontemplación.

En esta etapa la persona no está todavía considerando la posibilidad de llevar a cabo un cambio. Una persona en la etapa de precontemplación necesita información y retroalimentación acerca de los riesgos de su problema y la posibilidad para el cambio.

¹ Enciclopedia de la Psicología, Vol. 8, Ed. Océano.

Contemplación.

Este es un período caracterizado por la ambivalencia, el sujeto considera el cambio y se retracta. La experiencia de un contemplador puede ser descrita como un tipo de "introyección" donde él mismo se ve entre las razones para cambiar o permanecer en el mismo lugar. El terapeuta en esta etapa puede ayudar a inclinar la balanza en favor del cambio.

Determinación.

Este estado es algo así como una ventana de oportunidades, la cual se abre por un periodo muy corto. Si durante este tiempo, la persona entra a la acción, el proceso de cambio continúa. Si esto no ocurre, la persona regresa a la contemplación. Ayudar al cliente a encontrar estrategias de cambio es aceptable, accesible, apropiado y efectivo.

Acción.

Aquí el sujeto se encuentra comprometido con una acción particular intencionada a llevar a cabo el cambio. La meta durante esta etapa es producir un cambio en el área problemática.

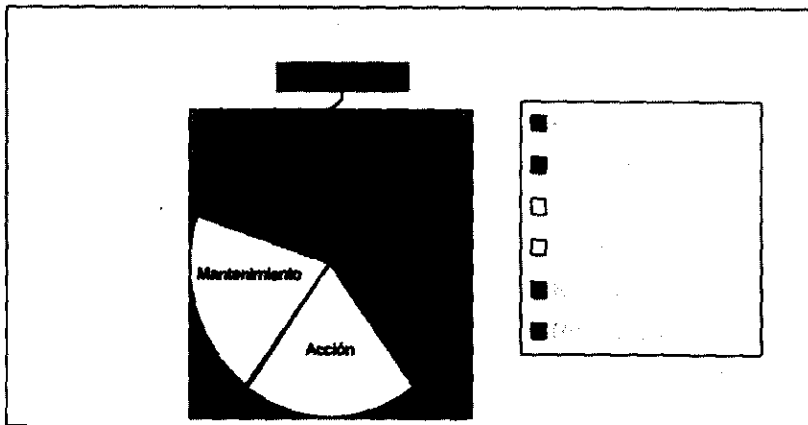
Mantenimiento.

El cambio en esta etapa es tan sustancial como haya sido complementado previo a la acción y para prevenir las recaídas. Mantener un cambio puede requerir diferentes habilidades y estrategias de las que fueron necesarias para acompañar el cambio durante la primera etapa.

Recaídas.

Si las recaídas ocurren durante las tareas del sujeto, se empezará a revisar lo que ocurrió antes de que se suscite ésta.

La tarea del terapeuta aquí, es ayudar a las personas a evitar desesperación y desmoralización, los sujetos deben continuar contemplando el cambio que están llevando a cabo, renovando determinaciones y volviendo a asumir acciones y reforzando el mantenimiento.



Sin embargo, este modelo ha sido fuertemente criticado por Bandura en 1997, ya que un cambio exitoso implica progresar de una fase a otra y esto en el tratamiento de conductas adictivas no siempre ocurre de manera lineal como lo plantean estos autores. Las personas no se mueven a través de las etapas de cambio de forma ordenada.

La motivación o intención para cambiar puede ser mejor entendida como un continuo, es decir, que los sujetos no necesariamente pasan de una etapa a otra progresivamente, sino que pueden saltar alguna de estas etapas no siguiendo esta progresión que señalan Prochaska y DiClemente. No necesariamente se asume que las personas se mueven a través de esta secuencia de etapas. Los sujetos fluctúan a lo largo de este proceso de cambio, con el fin de llegar a su meta. En este sentido, lo que es fundamental es saber si el sujeto está motivado o no, y no específicamente en qué etapa se encuentran. En esta investigación la motivación del cliente se ubicará como un continuo.

La motivación en este sentido es la probabilidad de que una persona comience, continúe, y se apegue a una estrategia específica de cambio (Council for Philosophical Studies, 1981; Miller, 1985b). Por tanto, parece asumirse que la motivación viene siendo una parte importante de las tareas de un terapeuta. La motivación es una parte central e inherente de las tareas de un profesionalista.

El terapeuta puede contribuir a la creación de una fuerte adherencia terapéutica y por lo tanto, descubrir dentro de cada sujeto cuáles son sus razones para continuar consumiendo o bien cambiar su consumo.

Como vemos, la motivación es una parte fundamental dentro del tratamiento, ya que refleja de cierta manera la disposición del usuario al ingresar a éste. Siendo la motivación una herramienta útil debemos manejarla adecuadamente, por lo que a continuación se hará una revisión de la Entrevista Motivacional.

3.1 ANTECEDENTES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

El concepto original de entrevista motivacional surge como resultado de una serie de discusiones que se dieron de un grupo de psicólogos noruegos en la clínica Hjeltestad cercana a Bergen. Estos psicólogos se preguntaron si algunos de los psicólogos de los Estados Unidos podían demostrar cómo respondían a situaciones problemáticas particulares que fueron encontrando en el trato con personas que tenían problemas con el alcohol. El resultado fue una primera declaración de principios y estrategias de la entrevista motivacional (Miller 1983). En los siguientes años hubo muchísimos progresos en cuanto a la clarificación y especificación de estos procesos. Importantes aplicaciones clínicas se realizaron en Australia, Escandinavia, Gran Bretaña, Canadá, Noruega y Estados Unidos.

3.2 DIFERENTES ESCENARIOS DONDE SE HA UTILIZADO LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Desde 1983 la entrevista motivacional ha sido utilizada en múltiples escenarios. Esta ha sido adoptada y adaptada dentro del trabajo clínico.

Para empezar Prochaska y Diclemente de acuerdo con el modelo teórico de las etapas de cambio desarrollado por ellos, han elaborado una serie de estrategias para cada etapa de cambio y las han empleado en programas de asistencia y para dejar de fumar. El punto clave es que las estrategias de la entrevista motivacional pueden ser utilizadas en todas las etapas de cambio.

Stephen Rollnick y Alison Bell (1991) describen como la entrevista motivacional puede ser aplicada en escenarios médicos generales por profesionales que no están especializados en tratar las conductas adictivas.

Henk Van Bilsen (1986,1989) dicen que ésta realmente puede ser utilizada en grandes poblaciones difíciles de tratar; esto lo basa en el trabajo que realizó con adictos a la heroína en Noruega.

También se ha visto que la pareja o la familia pueden bien ayudar u obstaculizar el proceso de la entrevista motivacional. Allen Zweben (1983) ha descrito algunos problemas como la resistencia la pareja o familia, que pueden surgir y como podemos ir persuadiendo a estos para sean un apoyo más dentro del tratamiento.

Steve Ailsop y Bill Saunders (1991) han aplicado estrategias para la prevención de recaídas en Escocia; encontraron que las causas de recaída con frecuencia tenían que ver con los déficits en la motivación. Desarrollaron ejercicios muy útiles para acrecentar la resolución en la consejería dirigida a bebedores dependientes muy severos. Explican estrategias centradas en el cliente para la negación en clientes resistentes, y también explican una interesante aproximación para consejo en un sistema "buddy". Con esto ellos muestran como las estrategias de motivación y las habilidades de entrenamiento pueden ser integradas.

Gillian Tober en el Servicio Nacional de Salud en Inglaterra trabajó en la entrevista motivacional en cómo puede ser utilizada con adolescentes. Ella muestra como la entrevista motivacional que se ha trabajado exitosamente con adultos pueden dejar de ser efectivas en adolescentes, aquí la autoestima puede ser también un punto clave. No obstante los principios básicos pueden ser adaptados para precipitar el cambio en los jóvenes.

W. Miles Cox, Eric Klinger y Joseph P. Blount (1988,1990) hablan de que el uso de alguna droga es solo un comportamiento dentro de un gran sistema de las motivaciones y metas de vida que el cliente tiene. Con su aproximación del consejo sistemático motivacional buscan clarificar como la conducta problema (beber) puede ajustarse dentro del gran cuadro de motivación del cliente.

Los precontempladores son un especial desafío. En los escenarios de tratamiento es poco común encontrar este tipo de personas. Ahora para estas personas puede funcionar un programa comunitario preventivo. Tim Stockwell durante los 80s describe el sistema británico de "equipos comunitarios de alcohol", mostrando en este libro dos ejemplos de casos en los que aplicó este trabajo. También muestra cómo es posible trabajar por medio de un practicante general, sin tener que engancharlo en un tratamiento especializado.

Bill Sauders y sus colegas, primero en Escocia y luego en Australia, comenzaron desde la entrevista motivacional (Miller 1983) y desarrollaron su propia aproximación clínica. Su

aproximación de la entrevista motivacional y la aplicación la hicieron con una población australiana de adictos a la heroína sobre mantenimiento con metadona. Saunders y su equipo lo han conceptualizado como un conjunto de técnicas que pueden ser agregadas a otras aproximaciones; también hacen una descripción de 7 pasos para la entrevista motivacional que han encontrado y que han sido efectivos con usuarios de heroína tratados por primera vez. Así mismo ellos dicen que diferentes énfasis son necesarios en las diferentes culturas.

El énfasis sobre un estilo centrado en el cliente ha sido poderoso, en parte, por que la creencia dominante americana de que la confrontación agresiva es la mejor para tratar con el problema del alcohol y de otras drogas.

Amanda Baker y Julie Dixon fuertemente influenciadas por el trabajo de Miller (e.g., Miller, 1989) han tomando un paso lógico de inducir desde un enfoque sobre el uso de la droga por sí misma para interesar a la persona en cuanto al riesgo de estar expuesto al virus de inmunodeficiencia humano, y el desarrollo de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirido (SIDA). Dado lo riesgoso de estar expuesto al VIH, el motivar y contener a los usuarios que apenas comienzan. Esto simplemente no es suficiente ya que estas personas no están motivadas.

La prevención de SIDA involucra conductas alteradas que son notablemente resistentes al cambio: uso de drogas por vía intravenosa y sexo no protegido. Baker y Dixon han discutido cuantos de los principios de la entrevista motivacional pueden ser aplicados en esta importante labor (prevención de SIDA o disminución de daños).

Los agresores sexuales están desmotivados y es muy difícil tratarlos. Aunque las estrategias de tratamiento son útiles, frecuentemente es difícil motivar y retener agresores dentro de la terapia, la motivación para el cambio ha sido descrita como un factor único importantísimo en el éxito de este tipo de terapia. Randall Garland y Michael Dougher (1990), con una larga experiencia en tratamiento para agresores sexuales han comenzado a aplicar los principios de la entrevista motivacional antes y durante el tratamiento.

Finalmente, Rosemary Kent, considera la importancia de la entrevista motivacional durante las últimas etapas de cambio (mantenimiento). Los procesos auto-motivacionales pueden ser tan importantes tanto en la evitación de recaídas como en la iniciación al cambio. Factores comunes afectan cada etapa de cambio, y excepto algunos límites que trazamos entre las etapas son imposiciones arbitrarias sobre un proceso continuo. Las habilidades de la entrevista motivacional pueden ser muy útiles a lo largo de todo el tratamiento (consejo).

3.3 CONCEPTO DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Miller (1989) señala que durante los pasados veinte años, ha habido un cambio gradual de opinión acerca de la motivación. Los profesionales empezaron a preguntarse si fuese posible intervenir en alguna forma para "levantar el fondo" y ayudar a una persona antes de que alcance un desastrozo final.

Gradualmente se reconoció que los hechos externos de las personas con problemas de alcohol contribuían a su motivación para el cambio y el alcoholismo llegó a verse no

solamente como una patología de un individuo sino como un patrón complejo involucrando interacciones entre el individuo y aquellos cercanos a él o a ella.

Durante los años 80's, se identificó claramente que los factores externos tienen una gran importancia con la motivación de un alcohólico o bebedor problema para el cambio, por tanto, se reconoce que la motivación es el resultado de una interacción entre el alcohólico o bebedor problema y aquellos que lo rodean, esto significa que hay cosas que un terapeuta puede hacer para incrementar el cambio de motivación. Lo eficaz de una estrategia de motivación se juzga por el inicio del cliente, su continuidad y su cumplimiento con la estrategia de cambio.

En este sentido la entrevista motivacional puede ser la llave terapéutica para un cambio constructivo, en el sentido de incrementar la motivación hacia el cambio. Además esta poderosa técnica puede contribuir a crear una fuerte adherencia terapéutica y por tanto a descubrir dentro de cada sujeto cuáles son sus razones para continuar consumiendo o bien, cambiar su consumo.

La entrevista motivacional es una forma particular de ayudar a la persona a reorganizar y hacer algunas cosas acerca de su problema actual o del problema que esta considere mayor. Esta tiene una utilidad particular con las personas que presentan poca disposición para el cambio y se encuentran indecisos acerca de cambiar. En un principio ayuda a resolver la ambivalencia y a conseguir que la persona se mueva hacia el cambio. Para algunas personas, esto es todo lo que se necesita. Cada vez que la persona se viene abajo, el terapeuta puede ayudarlo a que cuente con las habilidades y los recursos necesarios para lograr un cambio duradero. Crea una apertura para el cambio, la cual prepara el camino para un buen trabajo terapéutico.

En la entrevista motivacional, el terapeuta no asume una actitud autoritaria. La persona es libre de tomar el consejo que le da el terapeuta. Esto comúnmente no significa que los terapeutas sean incompetentes. Por el contrario, algunas investigaciones indican que los terapeutas se sorprenden de la influencia que tienen sobre los clientes que llevan a cabo su cambio.

Las estrategias de la entrevista motivacional son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de argumentos. La misión de la Entrevista Motivacional es incrementar en el cliente la motivación intrínseca. Cuando esta aproximación es hecha apropiadamente, el cliente es quien presenta los argumentos para el cambio, más que el terapeuta.

3.4 5 PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Los principios y estrategias de la entrevista motivacional que plantea Miller en 1983 son retomados nuevamente, los cuales se refinan y para el año de 1991 Miller y Rollnick declaran 5 principios, los cuales son:

* **Empatía expresada.** La comunicación que implica la relación superior/inferior entre terapeuta y el cliente se deben evitar todo lo posible. Respetar la libertad del cliente de tomar la decisión y la auto dirección; la escucha reflexiva es la clave en la entrevista motivacional.

* **Fomentar la diferencia.** La motivación para el cambio ocurre cuando la persona percibe la discrepancia entre dónde está y dónde quiere estar. Al centrar la atención del cliente en cuanto a su patrón de consumo, se debe desarrollar la discrepancia para ver qué tan consciente está el cliente de las consecuencias personales de su consumo. Este principio puede precipitar una crisis de motivación para el cambio. En la exposición original de la Entrevista Motivacional, Miller (1983) describió esto como la creación de una "disonancia cognitiva" tomando así prestado este concepto que fue introducido por Festinger (1957).

* **Evitar argumentación.** Una argumentación irreal para la persona sobre el patrón de consumo tiende a evocar defensividad y oposición y sugerir que el terapeuta no está entendiendo realmente la problemática del cliente. El terapeuta debe implementar las estrategias para llevar al cliente a ver claramente las consecuencias de su patrón de consumo, en resumen el terapeuta debe evitar los enfoques que provocan una resistencia por parte del cliente. No es necesario utilizar etiquetas.

* **Darle un giro a la resistencia.** Es la manera en cómo el terapeuta debe trabajar la resistencia del cliente. Debe eliminar las percepciones presentes y descubrir que estas aparecen bajo una forma diferente, el cliente es invitado a considerar la nueva información y se le ofrecen nuevas perspectivas para hacerlo; es proponer más que imponer. El cliente es una fuente valiosa a la hora de encontrar soluciones a los problemas.

* **Apoyar la auto-eficacia.** Bandura en el año de 1982 describe la auto-eficacia como un determinante crítico del cambio de la conducta. Auto-eficacia es creer que uno puede transformar un comportamiento o llevar a cabo una tarea. En este caso, el cliente debe ser persuadido de que el cambio es posible. El lenguaje empleado debe de expresar esperanza y optimismo. Si se tiene una pequeña esperanza de que las cosas pueden cambiar, esta es una gran razón para afrontar el problema. Las propias expectativas del terapeuta sobre las posibilidades que tiene el cliente de recuperarse podrán tener un impacto poderoso sobre los resultados. (Leake y king, 1977; Parker, Winstead y Willi 1979)

Estos 5 principios son la base de las estrategias específicas para cada uno de los 6 elementos motivacionales.

3.5 FRAMES: 6 ELEMENTOS MOTIVACIONALES

Miller (1985) propone 6 elementos que tienen como fin incrementar la motivación del cliente. Estos elementos son: retroalimentación, responsabilidad, consejo, menú de opciones, empatía y auto-eficacia y serán utilizados exclusivamente por el terapeuta, el cual hará que el cliente participe de manera activa en el tratamiento.

RETROALIMENTACIÓN

Es importante para que la retroalimentación sea más eficaz, se haga de manera individual, ya que de esta forma el cliente percibirá que el terapeuta realmente se interesa porque se logre un cambio en su patrón de consumo. Dentro de la retroalimentación

debemos hacerle saber al cliente qué tanto se está haciendo daño si continúa con su patrón actual de consumo. Algunas veces las personas fallan en el cambio porque ellos no recibieron suficiente retroalimentación acerca de su situación actual. Un claro conocimiento de su presente situación es un elemento crucial. Los chequeos que proporcionan los clientes con información acerca de cómo el alcohol lo ha dañado, por citar un ejemplo, ha sido encontrado que logra cambios a largo plazo en el uso de alcohol (Kristenson et al., 1983; Miller & Sovereign, 1989).

Las expresiones provenientes de la familia y los amigos, representan una forma de retroalimentación (Johnson, 1973). También es muy importante dar retroalimentación por medio de los resultados de pruebas objetivas, auto-monitoreos y resultados relacionados con su cuerpo (salud y bienestar). Así mismo es importante dar una retroalimentación clara acerca de las situaciones de riesgo, así como consecuencias positivas y negativas del consumo. La retroalimentación debe ser comparada con algunos estándares, ya que esto puede influir en llevar a cabo el cambio o no.

Ayudar al cliente a clarificar sus metas ha sido encontrado como un elemento facilitador para el cambio (Locke, Shaw, Saari, & Latham, 1981). Las metas y la retroalimentación trabajando juntas crean un elemento más de motivación para el cambio.

- Para dar retroalimentación nos podemos ayudar de los datos obtenidos en la admisión y en la fase de evaluación: *Mostrar marcadores biológicos como un impacto sobre su salud a corto y largo plazo, haciendo una reflexión sobre el nivel de colesterol y glucosa en sangre, cuantificación de eritrocitos, así como el estado del hígado y/o grado de anemia que tenga o pueda tener por su patrón de consumo de alcohol.*
- *Revisión de la información obtenida durante la evaluación con los cuestionarios haciendo una comparación de los resultados obtenidos sobre su consumo.*
- *Revisión de datos obtenidos sobre su consumo, dependencia, historia familiar y problemas severos que haya causado o pueda causar el consumo excesivo.*

RESPONSABILIDAD

Un segundo elemento en la entrevista motivacional es poner énfasis en cuanto a que el cliente es el único que tiene la responsabilidad y la libertad de tomar la decisión de su cambio. Ya que si el cliente se siente responsable y libre de elegir su meta, entonces, habrá una posibilidad más para lograr el éxito en el tratamiento. Se debe hacer énfasis en lo siguiente:

- *Explicar la diferencia entre un bebedor problema y un alcohólico, enfatizando en las fortalezas de las que aún puede sacar provecho, ya que no necesita llegar al fondo para modificar su patrón de consumo de alcohol.*
- *Explicar cómo es concebido el bebedor problema dentro del tratamiento, esto es, que a lo largo de nuestra vida nosotros aprendemos ciertos patrones de conducta (por ejemplo, nadar o consumir bebidas alcohólicas), los cuales podemos modificar nosotros mismos.*
- *Enfatizar en la responsabilidad personal del cliente y la libertad de elección sobre su meta de consumo de alcohol, haciéndole saber el compromiso que establece con sus propias decisiones.*
- *Presentar alternativas de consumo (moderación o abstinencia), así como sus ventajas y desventajas de cada opción.*

- Hacerle sentir al cliente que el terapeuta sólo lo irá guiando en el cambio que va a llevar a cabo.

CONSEJO

Proporcionar al cliente un consejo claro y directo de cuál es la necesidad de llevar a cabo el cambio y cómo se puede lograr éste. Aquí le proporcionará el terapeuta las herramientas de las cuales el cliente puede echar mano para facilitar este cambio. El consejo solo no es suficiente para inducir al cambio en la mayoría de los individuos, pero si influye motivar con un consejo claro y comprensivo, y esta estrategia no debe ser desechada.

Como mínimo, el consejo puede claramente identificar el problema o el área de riesgo, explica porqué el cambio es importante y puede provocar un cambio específico. Un consejo motivacional efectivo ayuda al cliente a identificar y dejar fuera a estos factores inhibidores. Cada una de las barreras son identificadas; la tarea del terapeuta consiste en asistir al cliente en la solución práctica de sus problemas. Cómo pueden estas barreras ser superadas o vencidas. Remover estas barreras para facilitar el cambio, puede requerir más estrategias cognitivas y de información.

- El consejo es una clara recomendación para el cambio, dada de manera empática.
- Se debe introducir al problema de acuerdo a lo relatado por el cliente en la admisión
- Hacer una revisión de la historia de consumo, reflexionando con el cliente acerca de la importancia que tiene cambiar.
- Hacer patentes las consecuencias tanto positivas como negativas de seguir con su patrón de consumo actual o bien llevar a cabo un cambio. En este punto se trabajaría utilizando el balance decisional.
- Hacerle saber al cliente la importancia y responsabilidad que implica llevar a cabo un cambio y que éste es posible de concretarse.
- El consejo es diferente de ordenar, dirigir o coaccionar.

MENÚ DE OPCIONES.

Este apartado lo que pretende es que el cliente tenga conocimiento de que hay diversos caminos, los cuales él puede y tiene la libertad de elegir la alternativa que le ayudará a obtener éxito en su cambio. Aquí el terapeuta hace que el cliente se sienta una vez más involucrado activamente en el tratamiento. Un terapeuta que desea motivar para el cambio, ayuda a sus clientes a sentir la libertad (y por tanto la responsabilidad) de una elección personal. Esto asume que existen alternativas viables para los individuos.

Ofrecer a los clientes una opción en medio de aproximaciones alternativas, puede ayudar a decrementar la resistencia y separarse, y puede estar acompañado de un buen resultado.

- Presentar las alternativas para el cambio en el consumo de alcohol (moderación o abstinencia).
- Reflexionar empáticamente con el cliente acerca de qué opción es la que más se adecúa a su estilo de vida y sus necesidades.

EMPATÍA

La empatía es algo subyacente a diversas facetas del juicio y las acciones morales. La empatía se construye sobre la conciencia de uno mismo; cuanto más abiertos estamos a nuestras propias emociones más hábiles seremos para interpretar los sentimientos. Puede ser descrita como la habilidad de saber lo que siente otro (Coleman, 1997).

Este es uno de los elementos más poderosos dentro del tratamiento, ya que un terapeuta empático podrá mantener al cliente más motivado para que elija, lleve a cabo y mantenga el cambio, logrando una mayor adherencia terapéutica. Los terapeutas empáticos se caracterizan por ser cálidos, simpáticos, atentos y con actitud de ayuda. Lo opuesto a este tipo de empatía es que el terapeuta sea directivo, confrontador, agresivo y/o suspicaz. No se debe confundir la empatía con la identificación con el cliente.

Por décadas, profesionistas en tratamientos han escrito acerca de la importancia de cada característica del terapeuta como calidez, respeto, cuidado, interés activo, mostrar actitud de ayuda (Chafetz, 1959; Davies, 1981; Malcom, 1968; Mann, 1950; Swenson, 1971; Truax & Carkhuff, 1967).

Un terapeuta empático es un factor que favorece la motivación para el cambio. Estudios experimentales y correlacionales han mostrado que un terapeuta empático es asociado con bajos niveles de resistencia y satisfactorios cambios de conducta a largo plazo (Miller & Sovereign, 1989; Miller, Taylor, & West, 1980; Patterson & Forgatch, 1985; Valle, 1981). Algunos elementos que podrían apoyar este elemento son los siguientes:

- Bienvenida empática
- El terapeuta debe hacerle sentir al cliente que realmente le importa apoyarlo en su cambio.
- El terapeuta debe actuar como escucha reflexiva: Saber escuchar las afirmaciones y sentimientos acerca del consumo del cliente.
- Hacer un resumen de todo lo que el cliente comente acerca de su consumo; con esto, el terapeuta logrará que el cliente analice que tan real es su elección.
- Revisar cuales son los obstáculos y lo limitante que el cliente tiene para permanecer en el tratamiento, algunos de estos serían: la distancia que el cliente tiene para llegar a las sesiones, el costo del tratamiento, futuras pérdidas de amigos o familiares, la elección acerca de su consumo, etc..
- Reducir la atracción de la bebida.
- Refrasear o repetir las afirmaciones del cliente, sin dar respuestas positivas o negativas a éstas.
- Consejo empático (cálido, atento, agradable, actitud de ayuda)
- No hacer juicios de lo que el cliente exprese.
- Despedida empática.

AUTO-EFICACIA

Coleman en 1997 señala que la auto-eficacia es la creencia de que uno tiene dominio sobre los acontecimientos de la vida y puede aceptar los desafíos tal como se presentan. Desarrollar una competencia de cualquier clase, refuerza la noción de auto-eficacia haciendo

que la persona este más dispuesta a correr riesgos y a buscar mayores desafíos y superar esos desafíos a su vez aumenta la noción de auto-eficacia.

Esta actitud hace que la gente tenga más probabilidades de utilizar de manera óptima sus habilidades o que haga lo necesario para desarrollarlas. Albert Bandura lo resume de la siguiente manera: " Las convicciones de la gente con respecto a sus habilidades ejercen un profundo efecto en esas habilidades. La habilidad no es una propiedad fija; existe una enorme variabilidad en la forma en que uno se desempeña. Las personas que tienen una idea de auto-eficacia se recuperan de los fracasos y abordan las cosas en función de cómo manejarlas en lugar de preocuparse por lo que puede salir mal".

Este último elemento se refiere a enfatizar la auto-eficacia del cliente dentro del tratamiento:

- Hacerle saber al cliente que el cambio es posible y él puede llevarlo a cabo, ya que él mismo escogió cual será su meta: "Usted puede cambiar".
- Al revisar la línea base retrospectiva podemos lograr que el cliente se considere auto-eficaz, considerando los periodos de abstinencia y moderación que ha tenido.

Durante el proceso de cambio la persona esta valorando los costos y beneficios de seguir consumiendo como antes. Se debe buscar dar mayor peso a los riesgos de seguir consumiendo, más que a los beneficios inmediatos que trae el consumo excesivo de alcohol. Se debe hacer notar que los patrones de consumo están siendo mantenidos por incentivos positivos, pero que las consecuencias serán más negativas que positivas a largo plazo.

Esto significa que el terapeuta debe estar activa y positivamente interesado en el proceso de cambio del cliente.

El terapeuta debe tomar la iniciativa y expresar su preocupación e interés acerca de lo que le sucede a su cliente. Una forma simple de demostrar este interés es hacer llamadas telefónicas para recordarles su cita o bien mandar notas de interés al cliente.

Todos estos elementos reunidos pueden ayudar a llevar la entrevista motivacional de una manera más efectiva.

Ahora que conocemos cuáles son los elementos motivacionales de los cuales nos podemos ayudar, abordaremos de manera más específica la manera en que podemos utilizarlos en diferentes situaciones.

3.6 IMPORTANCIA DEL TERAPEUTA DENTRO DEL PROCESO DE CAMBIO

Múltiples investigaciones indican que a través de un rango amplio de escuelas de terapia, características positivas de terapeutas fueron asociadas con un tratamiento satisfactorio.

Terapeutas que trabajan en un simple escenario y ofreciendo una simple aproximación de tratamiento mostraron diferencias drásticas en los índices de clientes que no terminaban y

de resultado satisfactorios. Y que al parecer el tratamiento que se daba al paciente no era tan efectivo como el estilo del terapeuta para interactuar con la persona.

Hay variaciones aparentes en la efectividad entre terapeutas con aproximaciones de tratamiento específico, y que algunas veces rebasaban las diferentes modalidades de tratamiento. (E.g., Luborsky, Mc Lellan, Woody, O' Brien, & Auerbach, 1985; Miller, Taylor, & West, 1980).

La forma en la cual el terapeuta interactúa con sus clientes parece ser tan importante, si no es que más importante que la aproximación o escuela específica de pensamiento, la cual el o la terapeuta utilizan.

Esto sugiere que el estilo del terapeuta, es una variable frecuentemente ignorada en los resultados de investigaciones que se han realizado; el estilo del terapeuta es determinante e importante en el éxito del tratamiento.

Recientes investigaciones sugieren que una proporción substancial de la varianza inexplicable, puede estar relacionada con las características del terapeuta (e.g., Luborsky et al., 1985).

Si sugerimos que las características del estilo del terapeuta son manifestadas por ellos mismos relativamente, al inicio del tratamiento (Davies, 1979, 1981), y efectivamente puede tener un impacto significativo durante la primera sesión (Chafetz, 1961; Chafetz et al., 1962; Miller & Sovereign, 1989). La adherencia terapéutica tiende a estabilizarse relativamente rápido, y la relación terapeuta-cliente en las primeras sesiones predicen la retención y el resultado del tratamiento. (Luborsky et al., 1985; Tonlinson, 1967).

La teoría más clara y probada acerca de las condiciones terapéuticas críticas para el cambio es la teoría de Carl Rogers (1959). Rogers afirmó las relaciones interpersonales centradas en el cliente, en las cuales el terapeuta manifiesta 3 condiciones cruciales, que proveen de la atmósfera ideal para el cambio. Estas condiciones son: empatía exacta, entusiasmo no posesivo y autenticidad. Mantiene que los clientes son muy listos o hábiles para explorar sus experiencias y así ir resolviendo sus conflictos. También menciona que la condición para el cambio más importante es la empatía adecuada, y que ésta no debe ser confundida con el significado de "empatía" que es una identificación con el cliente o una participación de experiencias comunes pasadas.

Las condiciones que crean una atmósfera para el cambio permanecen en contraste a las aproximaciones que frecuentemente han sido enfocadas para tratamientos que van dirigidos a personas que tienen problemas con el alcohol y otras conductas adictivas.

Como vemos, parece asumirse que la forma en la cual motiva el profesionista para crear una atmósfera adecuada y favorecer la adherencia terapéutica es una parte esencial dentro del tratamiento, y si bien esta tarea no resulta sencilla, es factible de realizarse.

Un terapeuta puede no ser sólo un observador pasivo de los estados motivacionales del cliente. El terapeuta es un determinante importante en la motivación del cliente.

A lo largo del tratamiento nos encontramos con algunas barreras que podrían detener o finalizar éste, como lo son la ambivalencia, la resistencia, falta de apoyo familiar o simplemente la poca o nula motivación por parte del usuario. Sin embargo debemos utilizar estas "barreras" para lograr que este tratamiento en vez de ser un fracaso se vuelva un éxito. De estas barreras y la forma de reconocerlas, conocerlas y manejarlas nos referiremos a continuación.

3.7 AMBIVALENCIA

La ambivalencia es un componente común y normal en muchos problemas psicológicos.

Al ingresar a tratamiento o bien al asumir que se tiene cierta conducta problemática, se atraviesa por una etapa caracterizada por ambivalencia o sentimientos encontrados. La persona que está luchando contra problemas adictivos generalmente entra a asesoramiento con fluctuaciones y confluencias en sus motivaciones. Quieren, pero no quieren. Este conflicto el cual puede ser llamado "ambivalencia", frecuentemente está presente durante las primeras sesiones. La persona dice "vine por ayuda" y lo siguiente que comentan es "pero esto no es serio". Si pensamos que una persona no muestra ambivalencia acerca de algo, esto, es difícil de creer; sentirse claro al 100% acerca de algo importante es probablemente más excepcional que normal.

Cuando aparecen comportamientos adictivos, claramente la ambivalencia juega un papel central (Orford, 1985). Bebedores problema, adictos, bulímicos y jugadores patológicos frecuentemente reconocen los riesgos, costos y los daños involucrados en este comportamiento. Sin embargo ellos no dejan su comportamiento adictivo, por una gran variedad de razones.

Los consejeros que tratan con conductas adictivas algunas veces malinterpretan este conflicto como un problema de personalidad. La incertidumbre del cliente es vista como anormal o inaceptable, y es como un signo de poca motivación.

En lugar de atacar a la negación, el terapeuta puede ver claramente la complejidad del dilema del cliente, y hacerlo más como un juego.

En muchos casos, trabajando con ambivalencia estamos trabajando con el corazón del problema. Una razón por la que las intervenciones breves pueden trabajar tan bien esto, es porque que ayudan a la gente a conseguir desprenderse de su ambivalencia (Davies, 1979, 1981).

Una forma de ayudar a ilustrar el conflicto de ambivalencia involucra la metáfora de un balance (Janis & Mann, 1977). La persona podrá ver más claramente cuáles son los beneficios y costos asociados con los dos lados del conflicto (seguir consumiendo o modificar su consumo ya sea moderación o abstinencia). Tanto para el cliente como para el terapeuta, la ambivalencia puede ser confusa, frustrante y difícil de entender.

El asesoramiento con este tipo de armazón (ambivalencia), puede requerir de mucha paciencia y tolerancia para la ambigüedad.

Nunca se debe asumir que los clientes verán y darán los costos y beneficios en la forma simple en la que nosotros lo haríamos. Lo que a unos le darán mucha importancia, otros le darán muy poca importancia (por ejemplo un problema de estómago por beber en exceso).

Los factores sociales y culturales afectan las percepciones de la persona, así como también en la evaluación de sus costos y beneficios. El sistema motivacional del cliente no puede ser entendido fuera del contexto social de la familia, amigos y comunidad.

Debemos tener muy presente en que entorno se ha desarrollado la persona para poder tener esto también a nuestro favor y facilitar más el que el cliente logre el cambio.

Al incrementar los costos de seguir con el mismo comportamiento no quiere decir que el cambio sea más probable. Lo opuesto puede ocurrir.

3.7.1 Cómo manejar la ambivalencia.

Es inútil pensar que una persona está pobremente motivada. El desafío es descubrir como se puede motivar al cliente para que el cambio incremente.

Es muy importante, entender los elementos del conflicto, el cual es único del cliente. No se debe asumir que se sabe todo acerca de los costos y beneficios de la situación particular de un cliente, o de la importancia que el cliente asigna a estos factores. Ir descubriendo y entendiendo estas motivaciones es una parte importante de la evaluación individual. También es importante entender cuales son las expectativas del cliente.

La ambivalencia no es completamente racional. Al centrarnos sobre la ambivalencia motivacional del cliente, podremos saber cuáles son sus sentimientos, valores y creencias. Las habilidades de la empatía representan unas herramientas muy útiles para derribar a la ambivalencia.

La confrontación y la persuasión directa generalmente no son las mejores estrategias para realizar esto. Los terapeutas pueden utilizar diferentes y poderosas aproximaciones para tratar con la ambivalencia.

3.8 LA RESISTENCIA

Negociar con la resistencia es un problema crucial en la entrevista motivacional. Una meta importante para la entrevista motivacional es evitar la resistencia, ya que una alta resistencia esta también asociada con deserción en el tratamiento (Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh, & Forgatch, 1984).

Los clientes de un terapeuta motivacional hábil muestran relativamente bajos niveles de resistencia.

La resistencia del cliente es un problema del terapeuta. Pero también parece claro que el nivel de resistencia de los clientes está influenciado por factores del terapeuta.

Existen dramáticas diferencias en las resistencias de los clientes. Ha sido demostrado que los mismos terapeutas utilizan diferentes aproximaciones con los clientes (Miller & Sovereign, 1989) o diferentes estilos durante la misma sesión (Patterson & Forgatch, 1985).

Los terapeutas pueden cambiar su estilo en dirección de decrementar la resistencia del cliente. Esto es deseable para evocar bajos niveles de resistencia en los clientes, dado que esto es un patrón asociado con un cambio a largo plazo (Miller & Sovereign, 1989).

Un terapeuta puede juzgar éxito en el tratamiento, en parte, por el grado en que los clientes muestren resistencia, mientras sea menos, es mejor. En este sentido, los clientes pueden dar retroalimentación acerca de la efectividad de la entrevista motivacional.

La resistencia es frecuentemente encontrada durante la primera sesión y la cúspide o máximo de resistencia puede ocurrir durante la fase media de la sesión. (Chamberlain et al., 1984)

Algunos terapeutas creen que la resistencia ocurre por las características de personalidad de los clientes. Sin embargo se ha observado que el resultado de la resistencia o el alcance de ésta, está dado por la interacción interpersonal entre el terapeuta y el cliente. Un cambio en el estilo del terapeuta da como resultado un cambio en la resistencia del cliente. La resistencia es una conducta observable que ocurre durante el tratamiento.

Desde la perspectiva del modelo de Prochaska y DiClemente, puede significar que el terapeuta está utilizando estrategias que son inapropiadas para el cliente en la presente etapa de cambio.

Es necesario ser capaz de reconocer la resistencia cuando ésta está ocurriendo. La manera en la que el terapeuta responda a la resistencia del cliente, hace la diferencia, y distingue a la entrevista motivacional de otras aproximaciones.

Existen una serie de estrategias que podrían ayudarnos a manejar la resistencia, las cuales se describen a continuación:

SIMPLE REFLEXIÓN: Una estrategia general es responder a la resistencia con *no* resistencia. Una declaración de escucha reflexiva, puede ofrecer suficiente para este propósito. A veces un pequeño cambio en el énfasis puede también ser acompañado de una reflexión.

AMPLIFICANDO LA REFLEXIÓN: Una muy usual aproximación es reflexionar acerca de lo que el cliente ha dicho con anterioridad amplificando o de forma exagerada, en un estado más extremo de lo que el cliente ha hecho. Si esto se logra, esto puede fomentar que el cliente vea la otra cara de la moneda y se encuentre en el otro lado de la ambivalencia. Sin embargo, debe ser precavido de no mostrar un tono demasiado sarcástico o extremo, ya que puede elicitar una respuesta hostil de parte del cliente o una reacción de resistencia.

REFLEXIÓN DE AMBOS LADOS: Otra aproximación sin el realismo de la escucha reflexiva es reconocer lo que el cliente ha dicho, y añadir el otro lado de la ambivalencia. Esto requiere el uso del material que previamente ha ofrecido el cliente, no precisamente durante la sesión.

"...yo veo que esto esta siendo muy confuso para usted. Por un lado... y por otro lado..."

CAMBIANDO EL ENFOQUE: Una diferente aproximación es cambiar la atención del cliente acerca de lo que parecen ser obstáculos o tropiezos hacia el camino del progreso. Esto significa ir alrededor de los obstáculos más que tratar de escalar sobre ellos. Cada desviación puede ser un buen camino para desafiar a la resistencia cuando se presenta un problema en particular.

CONVENIO CON UN EMBROLLO: Otra forma de manejar la resistencia, es ofrecer un convenio inicial, con un giro o cambio de dirección. Pero el terapeuta continúa influenciando la dirección y el momento del cambio.

ENFATIZANDO LA ELECCIÓN PERSONAL Y EL CONTROL: Como hemos notado con anterioridad, algunas veces la resistencia surge como un fenómeno de reacción. Esta es una reacción natural en la que el cliente percibe la pérdida de libertad, y no una condición patológica única asociada con las adicciones. Probablemente el mejor antídoto para esta reacción, es asegurar a la persona de que es ciertamente la verdad, que al final, el cliente es quien determinará que ocurre.

RECONSTRUYENDO: Todavía otra aproximación al negociar es reconstruir la información que el cliente ha ofrecido. Esto es particularmente útil cuando un cliente está ofreciendo argumentos que sirven para negar un problema personal. Esta aproximación reconoce la validez de las nuevas observaciones del cliente, pero ofrece una nueva interpretación de éstas. La información del cliente es retomada de una nueva forma, vista en una nueva luz que es más prometedora de ayudar o soportar el cambio.

Una oportunidad de reconstruir con los bebedores problema es ofrecido por el fenómeno de relativa tolerancia. Es muy común para los fuertes bebedores que ellos son menos afectados por el alcohol que otras personas. Ellos pueden consumir grandes cantidades sin sentir o mostrar signos de intoxicación de los que normalmente se esperan. En fuertes bebedores esta capacidad tiende a incrementar (el daño es significativo y el metabolismo desarrolla tolerancia). La tolerancia ocurre por severas razones. Después de meses o años de beber excesivamente el cuerpo humano, desarrolla cierta capacidad para procesar el alcohol más rápidamente. Más aún la tolerancia aumenta la falta de sentir o mostrar un alto nivel de alcohol que esta actualmente en el flujo sanguíneo. Esto ocurre a través de una combinación de aprendizaje y condicionamiento, adaptación del tejido del cuerpo y una insensibilidad de los efectos del alcohol que pueden ser en parte hereditarios. Lo que significa que el problema de los bebedores que regularmente consumen cantidades de alcohol, están a la larga creando daños sustanciales en el cuerpo, pero no lo sienten o no lo muestran. En esencia, ellos pierden la advertencia normal del sistema que protege a la mayoría de las personas que beben en exceso. Aquí esta la oportunidad para reconstruir. Y esta información sugiere que la tolerancia al alcohol es un importante factor de riesgo.

PARADOJA TERAPÉUTICA: La paradoja terapéutica es algo más complejo. Es asignar en un lugar al cliente, donde la oposición o la resistencia a los resultados del terapeuta se muevan en una dirección benéfica.

Un ejemplo de una general paradoja terapéutica es "prescribir el problema". El terapeuta puede recomendar al cliente que continúe como hasta ahora, sin cambiar o bien incrementando la conducta en cuestión. Debe ser ofrecido en calma, con un tono sincero.

Las razones pueden ser dadas como una racionalización de porqué las personas no pueden cambiar.

Por ejemplo:

"tú estas realmente feliz tomando como lo haces y realmente no quieres cambiar. Esta elección tú la haces y tal vez es lo que tú deseas. Claramente, esto puede ser duro para ti, pero continuar bebiendo puede ser aún más duro para ti. Puede ser que esto sea lo que tú necesitas, tal vez tú realmente necesitas el alcohol para hacerle frente a la vida."

Una frase como *"si tú puedes manejarlo"* puede evocar declaraciones auto-motivacionales refiriéndose a la habilidad del cliente para cambiar. Otros ejemplos incluyen *"yo no se qué es lo que puede ser difícil para ti, pero"*

Esta aproximación debe sólo ser llevada a cabo por terapeutas hábiles, ya que se debe tener precaución.

MANIPULANDO ACUERDOS EQUÍVOCOS: Algunas veces, los clientes pierden sesiones porque ellos están ambivalentes acerca de continuar a través del cambio. Cada ambivalencia es normal, pero si el terapeuta interviene correctamente contactando con éstas, el cliente puede optar por evitar pasivamente y la ambivalencia finaliza el proceso del tratamiento.

Otra razón por la cual los clientes desertan es porque ellos perciben que están recibiendo suficiente de lo que ellos quieren.

Es por eso que el estilo que el terapeuta emplee, marca la diferencia (Miller, 1985b). Todavía es imposible prevenir la deserción y es irreal pensar que se puede hacer.

Algunos clientes no planean regresar. Pero el terapeuta no debe esperar a que sea el cliente quien lo contacte. El terapeuta debe utilizar estrategias tales como las llamadas telefónicas, notas personales, etc.

La resistencia es una llave de éxito en el tratamiento si el terapeuta reconoce que esto es una oportunidad. La terapia es como una improvisación teatral. Dos sesiones no corren exactamente de la misma manera.

El arte de la terapia es reconocer y manejar la resistencia.

3.9 SITUACIONES DIFÍCILES

La pareja.

Existen diferentes opiniones sobre si es bueno involucrar a la esposa o esposo en el tratamiento o no. Un cónyuge confrontativo puede evocar resistencia al igual que un consejero confrontativo, éste puede interferir en las estrategias de la entrevista motivacional de forma negativa. Tampoco sería recomendable ver a la esposa (o) en la misma sesión, particularmente si la esposa (o) es el (la) que ha presionado a que acuda a pedir ayuda.

Por otro lado, la esposa (o) puede ser una fuente de información, motivación y apoyo para el cambio (e.g., Sisson & Azrin, 1986).

Así también, un(a) esposo(a) confrontativa posiblemente puede evocar resistencia para cambiar tanto dentro como fuera de las sesiones. Si el cónyuge llega a participar en las sesiones, el terapeuta debe de observar y modificar los patrones de comunicación disruptivos. Las estrategias de la entrevista motivacional pueden emplearse para construir la motivación de la esposa y para que también se comprometa al cambio.

Las parejas que están dolidas por este problema frecuentemente tienen estilos de comunicación llenos de crítica y defensividad, siempre encontrando errores en todo.

Una forma de prevenir la comunicación negativa es mantener el control de la sesión. hacer preguntas específicas (abiertas-cerradas), y mantener a la esposa y esposo centrados en el tópico del que se este hablando. Incluyendo preguntas que posiblemente evoquen declaraciones positivas. Se debe mantener un balance de "tiempo aire", darle un tiempo a cada miembro de la pareja y cuando termine de hablar pedir a la otra parte que comente cuales son las percepciones y sentimientos que tiene acerca de lo que su pareja habló. Ofrecer declaraciones claras del rol de la (el) esposa (o) tiene su actitud de ayuda.

Si la comunicación negativa emerge, hay que interrumpirla tempranamente. Una buena aproximación para reconocer los sentimientos y percepciones de la persona, tal vez puede ser un momento de reconstruir y así redirigir hacia una ruta más útil. También puede ser útil explorar las consecuencias de las comunicaciones negativas.

En ocasiones la (el) esposa (o) es la que también está ambivalente ante el cambio (quiere pero no quiere). Esta ambivalencia puede ser por el problema que tiene su pareja, por sus relaciones interpersonales, el tratamiento, involucramiento personal, o por que tenga problemas similares a los del paciente (que también consume drogas). Es necesario explorar y construir la motivación para el cambio.

Particularmente, puede ser útil hacer que la pareja haga declaraciones auto-motivadoras paralelas a las del cliente. La pareja generalmente responderá estas preguntas con una reflexión y esto puede ser incorporado dentro de los resúmenes periódicos que el terapeuta puede ofrecer durante las sesiones. Otras estrategias pueden ser aplicadas trabajando directamente con la pareja del cliente (re-construir, afirmar y reflexionar acerca de las dos opciones -si cambio/no cambio- enfatizando que es una decisión personal).

Es deseable involucrar a la pareja en la evaluación de estrategias y metas alternativas, así como también en la elaboración de un plan para cambiar.

Es posible ayudar a que el cliente y la pareja negocien en qué es lo mejor para llevar a cabo el cambio.

Otras personas importantes.

También pueden involucrarse personas que son importantes para el cliente dentro del tratamiento. Si el cliente no tuviera pareja, el cliente puede traer a otra persona como un amigo cercano, un pariente, compañero de trabajo, o un miembro de su familia.

La persona ideal es aquella que cuida del cliente, esté interesado en su problemática, sepa acerca del problema del cliente, este dispuesto a ayudar en lo que sea necesario o/y esté en contacto con el cliente.

Es muy común que el terapeuta consulte primero a la pareja o a algún miembro de la familia del cliente, antes de que éste busque ayuda. En este caso es factible una entrevista motivacional conducida con la pareja o el miembro de la familia a solas.

Sisson y Azrin (1986) estudiaron acerca de esto y lo que encontraron fue que hubo una reducción en los patrones de consumo y facilitó el ingreso al tratamiento.

Las estrategias de la entrevista motivacional pueden ser usadas con la pareja o una persona importante a solas, como una preparación para el asesoramiento.

En ocasiones el cliente acude al tratamiento no porque él lo haya decidido, sino por que ha perdido el trabajo, ha tenido amenazas de perder el empleo, lo mandan de su trabajo, o porque lo mandan de su casa. Aquí el cliente está renuente y no acepta que realmente tiene un problema con la bebida. Puede estar molesto, resentido o indisciplinado durante las primeras sesiones y es aquí donde puede ser una muy buena oportunidad utilizar la entrevista motivacional.

Cuando se enfatiza el control personal en este camino, es muy importante no estar a la defensiva e indicar la disposición a ayudar al cliente.

El punto clave aquí, es enfatizar la decisión y el control personal del cliente. Los procesos de la entrevista motivacional son muy largos cuando se emplean con clientes forzados a asistir al tratamiento.

Utilizar la entrevista motivacional en este contexto requiere de un cambio claramente substancial en la dirección y el tono correcto de una entrevista. El terapeuta puede lograr establecer una relación franca y confiable con el cliente.

Generalmente un gran obstáculo inicial para ayudar es como enganchar al sujeto e iniciar alguna forma de diálogo constructivo.

Las estrategias de la entrevista motivacional pueden ser particularmente útiles en este tipo de situaciones. Una aproximación general es realizar preguntas abiertas-cerradas que exploren el estado motivacional de la persona y su(s) resistencia(s). Con algunas personas se puede ser más directos, mientras que con otras debemos negociar más suavemente.

El tono vocal deberá ser normal y relajado, de igual importancia es la manera en la que vamos a responder a las declaraciones iniciales del cliente. Las estrategias tempranas (escucha reflexiva, afirmación, resumir), son cruciales para establecer una base confortable para discusiones futuras.

La entrevista motivacional no necesita ser un proceso largo. A veces poco tiempo de calidad, preguntas incisivas y algo de escucha reflexiva puede ser un chispazo para la motivación al cambio; en otros casos esto puede ser muy largo.

Un obstáculo que vencer en la entrevista motivacional, especialmente cuando el tiempo es corto es el sentido de urgencia.

Por tal motivo, el presente trabajo tiene como objetivo evaluar la contribución de la entrevista motivacional aunada al Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, en el patrón de consumo y en la permanencia de los usuarios al ingresar a éste.

MÉTODO

SUJETOS

En el presente estudio participaron un total de 10 sujetos, 8 hombres y 2 mujeres que acudieron voluntariamente al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" ó al Centro Comunitario "Dr. Oswaldo Robles", atendiendo al Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema. Se integraron 2 grupos de 5 usuarios cada uno, uno de los grupos el cual llamaremos grupo experimental (CE), quedó integrado por usuarios que recibieron el tratamiento aunado a la Entrevista motivacional; y otro grupo al cual llamaremos grupo control (SE), el cual recibió solamente el tratamiento. Los sujetos de los cuales se presentan resultados ingresaron al Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema. Los criterios de inclusión fueron saber leer y escribir, tener entre 20 y 65 años de edad y el criterio de exclusión fue ser consumidor de heroína y/o acudir a otro tipo de terapia relacionada al consumo de drogas.

TIPO DE MUESTRA

La muestra fue de tipo accidental constituida sólo por aquellas personas que acudieron al tratamiento en forma voluntaria al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" o al Centro Comunitario "Dr. Oswaldo Robles" al Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.

ESCENARIO

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología, que cuenta con 4 cubículos para trabajo individual y 5 salas de trabajo grupal, estos cubículos están acondicionados con equipos de video-grabación y con cámaras de Gesell; y en el Centro Comunitario "Dr. Oswaldo Robles" de la Facultad de Psicología, que cuenta con 4 cubículos de trabajo individual, los cuales están acondicionados con equipos de video-grabación.

Los seguimientos se llevaron a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila".

INSTRUMENTOS

1. Cuestionario de Disposición para el Cambio y forma de calificación (Heather, N., Gold, R., y Rollnick, 1991)

Cuestionario con 12 reactivos.

Este cuestionario está basado en las etapas de cambio propuestas por Prochaska y DiClemente en 1982; una vez traducido se proporcionó a 4 jueces para que opinaran e

hicieran sugerencias respecto a la traducción, con la finalidad de aplicarlo en la presente investigación y se encuentra en proceso de adaptación para la población mexicana.

Descripción del instrumento:

Permite medir el nivel de motivación con el que cuenta el usuario para lograr un cambio en su conducta problema (consumo excesivo de alcohol) al ingresar al tratamiento.

Forma de administración:

El cuestionario puede ser administrado por el terapeuta o en forma de auto-aplicación. Su aplicación requiere de aproximadamente 10 minutos.

La forma de calificación e interpretación se observa a continuación:

Los 12 reactivos se califican de la siguiente manera:

Una respuesta de "completamente de acuerdo" = 1

Una respuesta de "de acuerdo" = 2

Una respuesta de "indeciso" = 3

Una respuesta de "en desacuerdo" = 4

Una respuesta de "completamente en desacuerdo" = 5

Cada uno de los reactivos tiene un valor específico para la forma de calificación, los cuales se muestran a continuación:

Tabla de conversión:

1 = -2

2 = -1

3 = 0

4 = +1

5 = +2

Y cada reactivo representa un nivel de motivación:

Nivel	Reactivos	Descripción
No motivado	1, 5, 10, 12.	Equivale a no estar listo para el cambio o bien que ya no considera su consumo de alcohol un problema.
Motivado	3, 4, 8, 9.	La persona se encuentra ambivalente a llevar a cabo el cambio en su patrón de consumo.
Muy motivado	2, 6, 7, 11.	La persona esta lista o esta trabajando para llevar a cabo el cambio.

Forma de Interpretación:

La etapa en la que se encuentre el sujeto será la que haya obtenido la puntuación más alta. Si hay dos escalas iguales, la escala en que se encuentre más alejada del continuo del cambio (precontemplación-contemplación-acción) será la que nos indicará en que etapa se encuentre el sujeto.

Si uno de los 4 reactivos de alguna escala no es contestado, esta escala deberá ser prorrateada (multiplicándola por 1.33). Si 2 o más reactivos no son contestados, la escala no puede ser calculada, en ese caso, la asignación a una etapa de cambio será invalidada.

2. Listas de chequeo:

Permiten verificar que los elementos motivacionales propuestos por Miller así como los elementos del tratamiento sean aplicados por los terapeutas de manera adecuada. Estas listas checables utilizadas en la admisión y primera sesión de tratamiento fueron elaboradas basándose en las listas checables del Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.

Forma de aplicación:

Son aplicadas por el terapeuta evaluador al terapeuta que en el momento, lleva la sesión de tratamiento por medio de cámara de Gesell, Video grabaciones o Audio grabaciones.

Forma de calificación:

Una respuesta de "sí" = el terapeuta realiza la conducta de manera adecuada

Una respuesta de "no" = el terapeuta no realiza la conducta de manera adecuada.

3. Lecturas y ejercicios del Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema:

Este material ayuda a los usuarios a modificar su patrón de consumo, a través de un establecimiento de la meta de consumo, identificar y evaluar situaciones de riesgo para beber y enfrentar sus problemas con el alcohol.

Estas lecturas y ejercicios se le proporcionan al usuario en cada sesión de tratamiento a partir de evaluación y hasta 3ª sesión.

4. Instrumentos motivacionales:

* Cuadernillo de Auto-registro de consumo de alcohol: Este cuadernillo ha sido modificado en presentación y contenido del utilizado en el Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema. Este cuadernillo ayuda al usuario a tener un mayor control sobre su consumo de alcohol.

* Gráfica de consumo personalizada: Estas gráficas permiten observar el consumo diario del usuario a lo largo del tratamiento.

Esta gráfica se llena junto con el usuario en cada sesión de tratamiento a partir de la primera sesión para que juntos vayan observando el progreso del usuario.

* Notas de reconocimiento personalizadas: Esta nota permite hacerle saber al usuario el interés que tiene el terapeuta de ayudarlo a iniciar el tratamiento.

Esta nota se brinda a los usuarios al finalizar la admisión junto con su carnet de citas.

Materiales

Cartas para realizar los análisis de laboratorio sugeridos para el tratamiento
Cámara de video y Video cassettes VHS (para primera sesión de tratamiento).
Audio grabadora y Audiocassettes para la admisión

Televisión
 Videgrabadora VHS
 Computadora con impresora
 Cubículo para tratamiento
 Cámara de Gesell

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es un diseño de grupo de control no equivalente.

Experimental ———— O1 ———— X1, X2 ———— O2 Con Entrevista Motivacional
 Control ———— O1 ———— X1 ———— O2 Sin Entrevista Motivacional

VARIABLES

Variable Independiente

X1: Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema. Es un Tratamiento donde los usuarios establecen su propias metas de consumo (con asesoría del terapeuta de acuerdo a los límites razonables y contraindicaciones médicas de la ingesta) bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta que si ésta es establecida únicamente por el terapeuta. Este tratamiento es un modelo cognitivo-conductual; es una intervención motivacional que ayuda a la persona a comprometerse a cambiar su conducta, reorganizar, usar sus fortalezas y crear estrategias para resolver sus problemas relacionados con el alcohol. El propósito de este tratamiento es ayudar al usuario a desarrollar una estrategia general de solución de problemas que le permita enfrentar cambios en su estilo de vida o conducta.

X2: Entrevista Motivacional. Es una forma particular de ayudar a la persona a reorganizar y hacer algunas cosas acerca de su patrón de consumo excesivo de alcohol. Tiene una utilidad particular con personas que presentan poca disposición para el cambio y se encuentran indecisas acerca de cambiar, además puede contribuir a crear una buena adherencia terapéutica, logrando así el incremento y el mantenimiento de la motivación hacia el cambio.

La entrevista motivacional es propuesta por Miller en la década de los 80's, la cual consta de 6 elementos los cuales son: Retroalimentación, Responsabilidad, Consejo, Menú de opciones, Empatía y Auto-eficacia; éstos elementos son utilizados exclusivamente por el terapeuta, el cual hará que el usuario participe activamente durante el tratamiento.

Variable Dependiente

Patrón de consumo: Es la forma en la que consume el usuario, esto es, cantidad, tipo de bebida, historia de consumo y nivel de dependencia.

Permanencia en el tratamiento: Se refiere a que el usuario inicie y finalice el tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.

1. Campbell, Donald T. y Stanley, Julian C. (1970) Diseños experimentales y cuasiexperimentales. Amorrortu Editores, Buenos Aires. pp. 93-98.

PROCEDIMIENTO

Lo primero que se realizó fue la traducción del cuestionario llamado Disposición para el cambio de Heather, N., Gold, R., & Rollnick., 1991.

Posteriormente se realizó el formato de las listas checables para Admisión y primera sesión de tratamiento, basadas en las listas checables utilizadas para la supervisión del tratamiento. Estas listas permiten supervisar que los elementos motivacionales así como la aplicación del modelo de Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema se lleven a cabo adecuadamente. Estas listas checables así como la traducción del Cuestionario de Disposición para el Cambio, la nota de reconocimiento y gráfica de consumo personalizada, la gráfica sobre el patrón de consumo de las personas que han ingresado a tratamiento y la modificación de los auto-monitoreos fueron realizados por las autoras de la presente investigación.

Una vez que se tuvieron estructurados estos materiales se procedió a realizar la difusión pertinente para que los sujetos acudieran a solicitar voluntariamente el tratamiento.

El tratamiento consta de 4 sesiones individuales con el terapeuta, el cual se apoya en una serie de lecturas y ejercicios para cada una de las sesiones que ayudan a modificar el patrón de consumo excesivo, a través de un establecimiento de meta de consumo, identificar y evaluar situaciones de riesgo para el beber y enfrentar sus problemas con el alcohol.

Los sujetos fueron insertándose a cada grupo, a través de un muestreo accidental, 3 hombres y 2 mujeres, pertenecieron al grupo experimental (CE) que comprende a los usuarios que recibieron el Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema aunado a la Entrevista Motivacional desde la admisión hasta el término del tratamiento; 5 hombres pertenecieron al grupo control (SE), éstos recibieron el Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.

La entrevista motivacional es una herramienta que se aplicó con el propósito de observar su contribución dentro del tratamiento y evaluar el efecto en el patrón de consumo y la permanencia de los usuarios que ingresaron al tratamiento.

Al grupo experimental (CE) en la sesión de admisión se le proporcionó junto con su carnet de citas, la nota de reconocimiento personalizada. Esta nota de reconocimiento, pretendió ser un elemento motivacional en el sentido de incrementar o desarrollar la auto-eficacia del usuario y fortalecer el compromiso para llevar a cabo el tratamiento. Ambos grupos fueron sometidos a una sesión de evaluación inicial una semana antes de la primera sesión de tratamiento, esta evaluación consiste en una serie de Cuestionarios que miden su nivel de dependencia al alcohol, patrón de consumo de alcohol de los 12 meses anteriores al tratamiento, situaciones de riesgo para su consumo, y a esta evaluación se le agregó el cuestionario de Disposición para el Cambio (Heather, N.; Gold, R.; & Rollnick, 1991), el cual se aplicó al inicio de la Admisión, el cual mide el nivel de motivación con el que cuenta el usuario al ingresar el tratamiento.

Así mismo, a este grupo en la fase de evaluación se le proporcionó una carta para realizar los exámenes de laboratorio sugeridos por el tratamiento, los cuales son:

- Volumen Corpuscular Medio
- Gama Glutamil Transpeptidasa
- Colesterol de Alta Densidad

En la primera sesión el usuario estableció las razones para cambiar su patrón de consumo a través de la elaboración de un balance decisional en donde se especifican los costos y beneficios para llevar a cabo su cambio de patrón hacia la abstinencia o la moderación, se realizó un establecimiento de metas junto con el terapeuta para decidir la meta más adecuada para el sujeto para las siguientes 3 semanas y se planteó la importancia y el nivel de confianza que tiene el sujeto para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol.

Durante esta primera sesión se mostró a los usuarios la gráfica del tipo de patrón de consumo que tienen los usuarios que han ingresado a este tratamiento, pidiéndoles que se sitúen en la misma, de acuerdo a sus resultados obtenidos en la Línea Base Retrospectiva (LIBARE).

Así mismo se revisaron cuidadosamente los análisis de laboratorio, brindándole al usuario la retroalimentación de los mismos.

En la segunda sesión el sujeto identificó 3 situaciones de riesgo de consumo excesivo y sus consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo, haciendo una comparación con las áreas vulnerables para el consumo excesivo de alcohol identificadas en el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol que se aplicó en la evaluación inicial.

Durante la tercera se estructura una serie de opciones y planes de acción con sus posibles consecuencias tanto positivas como negativas para cada una de las situaciones de riesgo de consumo excesivo identificadas en la segunda sesión, además se le pide al sujeto que junto con el terapeuta valore si son necesarias sesiones adicionales de tratamiento.

Finalmente en la cuarta sesión se ven cuales han sido los logros del sujeto en relación a la modificación de su patrón de consumo, haciendo un resumen de las sesiones anteriores, con el fin de lograr un segundo establecimiento de metas para los siguientes 6 meses. El terapeuta y el sujeto consideran si son o no necesarias las sesiones adicionales, se le aplica nuevamente el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol.

Todas las sesiones se pueden dividir en 2 partes, dependiendo del avance y las habilidades adquiridas por el sujeto. También las tareas se pudieron realizar durante las sesiones si el sujeto no pudo trabajarlas en casa.

Al iniciar cada sesión del tratamiento, se revisó el auto-registro y se realizó junto con el usuario la gráfica personalizada de consumo y un día antes de cada sesión se llamó a los usuarios para confirmar la cita.

Un terapeuta evaluador supervisó por medio de las listas checables, la aplicación de la Entrevista Motivacional en el grupo experimental y la aplicación del Modelo de Tratamiento

de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema en ambos grupos a través de la cámara de Gesell o por medio de video-grabaciones durante admisión y primera sesión.

Al grupo control se le brindó el Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema sin la Entrevista Motivacional.

Habiéndose obtenido los datos del patrón de consumo y permanencia en el tratamiento, se procedió a realizar el análisis descriptivo y comparativo tanto de las características que presentaron los sujetos al inicio del tratamiento como al finalizar este, en ambos grupos.

RESULTADOS.

Los resultados de esta investigación, se presentan en dos partes: **la primera parte** incluye la descripción de las variables sociodemográficas y comprenderá la comparación del grupo CE (grupo que recibió el tratamiento aunado a la Entrevista Motivacional $n = 5$) con el grupo SE (grupo que recibió el tratamiento sin Entrevista Motivacional $n = 5$), ambos grupos fueron evaluados bajo las mismas condiciones, razón por la cual los resultados se analizarán y se presentarán haciendo una comparación descriptiva. Estos resultados incluyen ciertas características sociodemográficas como es edad, sexo, estado civil, ocupación actual, nivel educativo y situación laboral.

La parte 2 incluirá la descripción de las variables del patrón de consumo (Patrón de consumo se entenderá como la forma en que consume el usuario, esto es, cantidad, tipo de bebida de consumo, historia de consumo, nivel de dependencia) así como la permanencia en el tratamiento, razón por la cual los resultados de ambos grupos se analizarán y se presentarán en 4 bloques:

En el primer bloque se incluyen los resultados obtenidos el patrón de consumo de los usuarios. Se presentan datos acerca de la historia de consumo así como del consumo actual, es decir, cantidad promedio consumida diariamente y número máximo de tragos consumido en promedio por ocasión, también se presenta información acerca del tipo de bebida preferida. Esto para ambos grupos. (CE y SE)

El segundo bloque incluye información sobre la distribución de la muestra, nivel de motivación al inicio del tratamiento, nivel de dependencia, motivos para recibir el tratamiento y tratamientos previos.

El tercer bloque incluye la percepción del problema satisfacción con su estilo de vida y confianza e importancia de cumplir con la meta establecida al iniciar y finalizar el tratamiento.

Finalmente el cuarto bloque abarca los datos sobre las recaídas e inasistencias durante el transcurso del tratamiento, meta elegida al inicio y al final del tratamiento, así como la permanencia en este.

Es importante mencionar que solo se hará una análisis descriptivo y comparativo, de los resultados debido al tamaño de la muestra; y se presentará el análisis de un caso.

PARTE I.

En la primera parte está la tabla número 1 que presenta características sociodemográficas, como podrá notarse éstas son muy semejantes, sin embargo se observan mayores diferencias en cuanto a la variable sexo; en el grupo CE se observan 2 mujeres (40%) mientras que en el grupo SE no se presenta ninguna mujer (0%).

En cuanto a la variable estado civil no se encuentran diferencias importantes, ya que ambos grupos presentan el mismo número de usuarios casados o con pareja.

De igual manera la variable edad es similar tanto en el grupo CE como en el grupo SE; obteniendo una media de 40.8 y de 39.8 respectivamente.

Sexo	Grupo CE	Grupo SE
Masculino	60%	100%
Femenino	40%	0%
Edo. Civil		
Casado	60%	60%
Soltero	40%	20%
Divorciado		20%
Edad		
X	X = 40.8	X = 39.8

Tabla 1: Muestra las características sociodemográficas de los grupos CE y SE al ingresar al tratamiento -edad, sexo y edo. civil, obtenidos en la evaluación inicial del tratamiento.

En la tabla 2 se presenta la comparación de la situación laboral de ambos grupos obtenidos en la fase de evaluación inicial.

En general, se puede decir que si existen diferencias sin embargo estas no son importantes. Los dos grupos muestran una buena estabilidad laboral ya que ambos cuentan con trabajo.

En la variable años de estudio el grupo CE obtuvo una media de 11.6 y el grupo SE una media de 13.2; en cuanto la variable nivel educativo se encontró una diferencia

que consiste en un 20% más para el grupo SE que cuenta con estudios de licenciatura. También se puede observar una gran variedad de profesiones en cada grupo.

	Grupo CE	Grupo SE
Años de estudio	X = 11.6	X = 13.2
Nivel educativo		
Primaria	20%	20%
Secundaria		
Bachillerato	20%	
Carrera técnica	40%	40%
Licenciatura	20%	40%
Situación Laboral		
Tiempo completo	60%	60%
Medio tiempo	40%	40%
Ocupación actual		
Dependientes	60%	40%
Profesionistas	20%	20%
Actividades Artísticas	20%	
Negocio propio		40%

Tabla 2: Muestra ocupación actual, años de estudios, la situación laboral y nivel educativo de los dos grupos al ingresar a tratamiento, obtenidos de la fase de evaluación inicial del tratamiento.

PARTE II.

Como parte del primer bloque en la tabla 3 se muestra información relacionada con el patrón de consumo como lo son: la historia de consumo en cuanto a años de consumo, consumo excesivo y consumo problemático así como el rango para cada grupo (CE y SE).

Para la variable total de años de consumo, no se observan diferencias en ambos grupos; sin embargo para los años de consumo excesivo y muy excesivo se presentan diferencias de hasta el doble de la media para el grupo SE.

Historia de consumo	Grupo CE	Grupo SE
Total de años de consumo	x = 20.6 rango 10-40	x = 21.4 rango 10-30
Años de Consumo Excesivo	x = 4.6 rango 1-10	x = 9.8 rango 2-20
Años de Consumo problemático	x = 3.2 rango 1-10	x = 5.2 rango 1-20

Tabla 3. Muestra la historia de consumo para ambos grupos al ingresar al Tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema.

En la tabla 4 se pueden observar las medias así como el valor máximo y mínimo del patrón de consumo en ambos grupos.

Para la variable total de copas al año se presenta para el grupo SE una media de casi el doble en comparación al grupo CE, siendo para el grupo SE una media de 1762.8 y para el grupo CE de 962.4.

En cuanto al consumo diario se pueden observar diferencias de casi el triple del grupo SE sobre el CE en los días: lunes, martes y miércoles; mientras que para el jueves y domingo existen diferencias de media del doble.

Por otro lado, es importante mencionar que para los días viernes y sábado las diferencias no llegan a ser tan importantes como en los días anteriormente mencionados, pero consideramos importante mencionarlas ya que más adelante hablaremos de éstas con más detalle.

Patrón de consumo	Grupo CE	Valor Máximo	Valor Mínimo	Grupo SE	Valor Máximo	Valor Mínimo
Total de copas al año	x = 962.4	2478	114	x = 1762.8	3296	639
Lunes	x = 66.4	216	0	x = 205.6	511	15
Martes	x = 72.6	222	0	x = 199.8	382	42
Miércoles	x = 72.8	222	0	x = 200.8	446	30
Jueves	x = 117	222	0	x = 210.6	484	24
Viernes	x = 147.6	317	0	x = 254.6	526	72
Sábado	x = 321.8	897	66	x = 370.6	600	211
Domingo	x = 163.4	447	0	x = 320.8	473	207

Tabla 4. Muestra los datos del patrón de consumo de ambos grupos obtenidos en la fase de evaluación inicial del Tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores problema.

En la tabla N° 5 se muestra el tipo de bebida consumida por ambos grupos al inicio del tratamiento.

Vemos que para el grupo CE hay una mayor preferencia por la cerveza (CE $x=30.60$, SE $x = 4.80$), mientras que para el grupo SE su preferencia se inclina hacia los destilados (SE $x = 89.20$, CE $x = 68.60$).

Tipo de Bebida	Grupo CE	Grupo SE
Cerveza	$x=30.60\%$	$x=4.80\%$
Vino	$x = .80\%$	$x = 6\%$
Destilados	$x=68.60\%$	$x=89.20\%$

Tabla 5. Muestra el tipo de bebida consumida por ambos grupos, estos datos fueron obtenidos en la fase de evaluación inicial del Tratamiento de Auto-cambio dirigido para Bebedores Problema.

Como parte del segundo bloque, en la tabla 6 se muestra información relacionada con la distribución de la muestra, observando que hay el mismo número de sujetos tanto para el grupo CE como para el grupo SE y el nivel de dependencia obtenido al inicio del tratamiento medido a través de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA), notando que para ambos grupos un mayor número de sujetos tienen un nivel de dependencia severa (60%), y una dependencia media con un mínimo de diferencia del 20%, esto es, que para el grupo CE este nivel abarca un 20% y para el grupo SE un 40%, obteniendo un 20% en el nivel de dependencia bajo en el grupo CE.

	Grupo CE	Grupo SE
Distribución de la muestra	Porcentaje 50% $n = 5$	Porcentaje 50% $n = 5$
Nivel de Dependencia	Baja 20% Media 20% Severa 60%	Baja 0% Media 40% Severa 60%

Tabla N° 6. Muestra la distribución de la muestra y el tipo de dependencia de los 2 grupos al inicio del tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.

En la tabla 7 presentamos una comparación del nivel de Motivación para ambos grupos al inicio del tratamiento, el nivel de motivación se obtuvo a través del Cuestionario de Disposición Para el Cambio, notando que un 80% de los usuarios del grupo SE y un 60% de los usuarios del grupo SE se encontraban Muy Motivados al inicio del tratamiento, esto es, que los usuarios que obtuvieron este puntaje se encontraban listos para llevar a cabo el cambio.

	Grupo CE	Grupo SE
Nivel de Motivación al inicio del tratamiento	No Motivado 20% Motivado 20% Muy Motivado 60%	No Motivado 0% Motivado 20% Muy Motivado 80%

Tabla N° 7. Muestra el Nivel de Motivación de los 2 grupos al inicio y al final del tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema.

En la tabla 8 se muestran los datos de Motivos para ingresar al Tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema, donde se observa que gran número de personas acuden principalmente por motivos afectivos (60% para el grupo CE y 40% para el grupo SE) y familiares (40% y 20% respectivamente); sin embargo se observa que en el grupo SE acuden también por motivos laborales.

Motivos para Ingresar a tratamiento	Grupo CE	Grupo SE
Familiares	40%	20%
Laborales		40%
Afectivos	60%	40%

Tabla 8. Muestra los motivos para ingresar a tratamiento, obtenidos en la entrevista inicial de la fase de evaluación para ambos grupos.

La tabla 9, presenta datos de tratamientos previos que recibieron los usuarios de ambos grupos antes de ingresar al tratamiento, es importante resaltar que hay un mismo número de usuarios que acudieron a tratamientos previos en relación a su consumo de alcohol (80% para ambos grupos).

Tratamientos previos al tratamiento	Grupo CE	Grupo SE
Asistencia a AA	80%	80%
No tratamientos previos	20%	20%

Tabla 9. Muestra los tratamientos previos antes de ingresar a tratamiento de ambos grupos, estos datos son obtenidos en la fase de evaluación inicial.

Para el tercer bloque se presenta información que a consideración nuestra resulta ser importante en cuanto a cómo perciben los usuarios su problema, estos datos fueron obtenidos durante la evaluación inicial del tratamiento y al seguimiento al primer mes de finalizar el tratamiento.

En la tabla 10, se observa que al inicio del tratamiento ambos grupos perciben en su mayoría el problema de su consumo de alcohol como un problema mayor (40% para el grupo CE y 80% para el grupo SE) ó un gran problema (20% para ambos grupos); en el seguimiento a un mes de finalizado el tratamiento ambos grupos perciben su problema como un problema menor, sin embargo es importante mencionar que en el grupo SE solo finalizaron el tratamiento 3 sujetos.

Percepción del problema por parte del usuario	Grupo CE	Grupo SE
Al ingresar a tratamiento	Un pequeño problema 0% Un problema menor 40% Un problema mayor 40% Un gran problema 20%	Un pequeño problema 0% Un problema menor 0% Un problema mayor 80% Un gran problema 20%
En seguimiento al mes de finalizar el tratamiento	Un pequeño problema 0% Un problema menor 100% Un problema mayor 0% Un gran problema 0%	Un pequeño problema 0% Un problema menor 60% Un problema mayor 0% Un gran problema 0%

Tabla 10. Muestra la percepción del problema por parte del usuario al inicio y en el seguimiento al mes de haber finalizado el tratamiento.

En la tabla 11 se presentan datos acerca de la satisfacción con el estilo de vida que presentan los usuarios de ambos grupos al iniciar y en el seguimiento al mes de finalizado el tratamiento, vale la pena mencionar que al inicio del tratamiento se presentan diferencias para ambos grupos. En el grupo SE se observa un mayor porcentaje (40%) de usuarios que se encuentran "muy insatisfechos" con su estilo de vida, en comparación con el grupo CE (0%). Al seguimiento al mes de finalizado el tratamiento se observa una notable diferencia obteniendo un porcentaje del 60% que se encontraron "satisfechos" al finalizar el tratamiento y un 40% del grupo CE se mostraron "muy satisfechos" con su estilo de vida al mes de finalizar el tratamiento.

Satisfacción con su estilo de vida	Grupo CE	Grupo SE
Al ingresar al Tratamiento	Muy Insatisfecho 0% Insatisfecho 40% Inseguro 20% Satisfecho 40% Muy satisfecho 0%	Muy Insatisfecho 40% Insatisfecho 40% Inseguro 20% Satisfecho 0% Muy satisfecho 0%
Al finalizar el Tratamiento	Muy Insatisfecho 0% Insatisfecho 0% Inseguro 0% Satisfecho 60% Muy satisfecho 40%	Muy Insatisfecho 0% Insatisfecho 0% Inseguro 0% Satisfecho 60% Muy satisfecho 0%

Tabla 11. Muestra la satisfacción con su estilo de vida de ambos grupos al inicio y al final de tratamiento, obtenidos a través de la entrevista inicial y la entrevista de seguimiento al mes de haber concluido el Tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problemáticos.

Se observa en la tabla 12 la importancia y la confianza con la que cuenta el usuario al iniciar y finalizar el tratamiento, para ambos grupos no se encontraron diferencias en cuanto a la confianza de lograr el cambio, mientras que en la 4ta. Sesión el grupo SE obtuvo una media mayor que el grupo CE, cabe mencionar que la media obtenida por el grupo SE es solo un 10% mayor a la del grupo CE.

En cuanto a la importancia que le dan a cumplir su meta se observa una leve diferencia de tan solo 11%, con 81% para el grupo CE y 70% para el grupo SE. Durante el seguimiento al mes para ambos grupos se obtuvo una media del 91% de importancia de alcanzar y mantener su meta.

	CE	SE
Confianza de alcanzar su meta al inicio del tratamiento	x = 83%	X = 85%
Importancia de alcanzar su meta al inicio del tratamiento	x = 81%	X = 70%
Confianza de alcanzar su meta al finalizar el tratamiento	x = 81%	X = 90%
Importancia de alcanzar su meta al finalizar el tratamiento	x = 91%	X = 91%

Tabla 12. Muestra la importancia y la confianza del usuario al inicio de tratamiento y al seguimiento al mes de haber finalizado el Tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores problema, en ambos grupos.

Para el cuarto bloque se muestra en la tabla 13 la comparación de la evolución de las cantidades máximas consumidas a lo largo del tratamiento para ambos grupos.

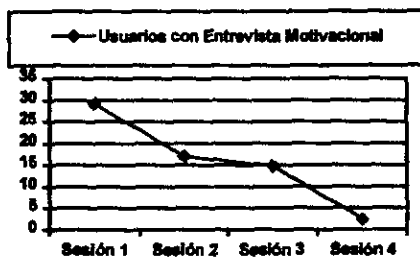
Para la variable cantidad máxima consumida durante el tratamiento observamos una delicada diferencia en el grupo CE ($x = 11.40$) sobre el SE ($x = 10.20$), de igual forma se presenta una ligera diferencia en la variable consumo máximo en 1ª sesión, obteniendo el mayor puntaje el grupo SE.

A partir de la primera sesión y hasta la cuarta se observa que ambos grupos fueron disminuyendo su consumo de manera gradual, encontrando una diferencia mínima dada por la elección de meta principalmente.

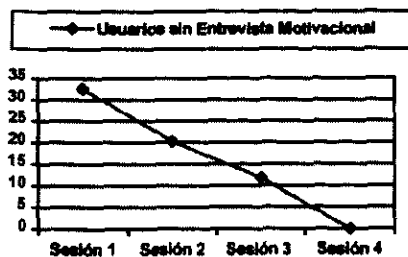
Evolución de cantidades consumidas	Grupo CE	Grupo SE
Cantidad máxima consumida	x = 11.40 Rango 6-20	x = 10.2 Rango 0-17
Consumo máximo en 1ª sesión	x = 29.20 Rango 0-90	x = 32.8 Rango 0-95
Consumo máximo en 2ª sesión	X = 17 Rango 0-60	X = 20.25 Rango 0-42
Consumo máximo en 3ª sesión	X = 14.8 Rango 0-56	X = 11.75 Rango 0-27
Consumo máximo en 4ª sesión	X = 2.4 Rango 0-4	x = 0 Rango 0-0

Tabla 13. Muestra la evolución de las cantidades máximas consumidas por los usuarios durante el transcurso del Tratamiento de Auto-cambio dirigido para Bebedores Problemáticos.

A continuación se muestra de manera más detallada la evolución de consumo durante el tratamiento para ambos grupos (Gráfica 1 CE y Gráfica 2 SE).

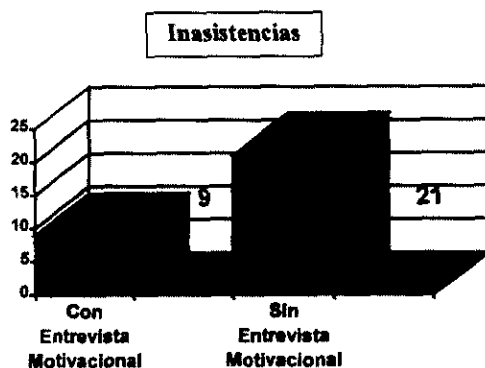


Gráfica 1. Muestra la evolución durante el tratamiento de los usuarios que recibieron la Entrevista Motivacional.

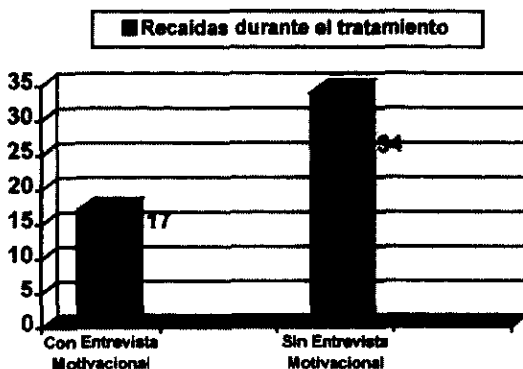


Gráfica 2. Muestra la evolución durante el tratamiento de los usuarios que no recibieron la Entrevista Motivacional.

Para el cuarto bloque se muestra la gráfica 3 donde se facilita la observación de las diferencias encontradas entre ambos grupos en lo concerniente a inasistencias durante el transcurso del tratamiento. Existe una diferencia muy importante, encontrando que para el grupo CE las inasistencias son mínimas en comparación al grupo SE.



Gráfica 3. Muestra las inasistencias de ambos grupos obtenidas a lo largo del Tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema.



Gráfica 4. Muestra las recaídas de ambos grupos obtenidas a lo largo del Tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema.

En la gráfica 4 se muestran las recaídas obtenidas para ambos grupos, pudiéndose observar una diferencia del doble del grupo SE, ya que el grupo CE obtuvo un puntaje crudo de 17 recaídas mientras que el grupo SE obtuvo un puntaje crudo de 34 recaídas durante todo el tratamiento.

La tabla N° 14 nos habla de la meta elegida por los usuarios al inicio y al final del tratamiento y pudiéndose observar como en el grupo CE existe un cambio de esta al finalizar, ocupando un lugar importante la meta de abstinencia, mientras que para el grupo SE se encuentra además de un cambio de meta, una deserción importante mostrándose en la tabla N°15; es decir el 100% de los usuarios del grupo CE iniciaron y finalizaron el tratamiento mientras que tan solo un 60% de los usuarios del grupo SE lograron iniciar y finalizar el tratamiento.

Meta	Grupo CE Al inicio del tratamiento	Grupo CE Al final del tratamiento	Grupo SE Al inicio del tratamiento	Grupo SE Al final del tratamiento
Moderación	60%	20%	60%	20%
Abstinencia	40%	80%	40%	40%

Tabla 14. Muestra la meta elegida por los usuarios al inicio y al final del tratamiento, obtenida durante la primera y cuarta sesión del Tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema.

Permanencia en el tratamiento.	Grupo CE	Grupo SE
No. De sujetos que finalizaron el tratamiento	100%	60%

Tabla 15. Muestra el número de usuario que finalizaron el Tratamiento de Auto-cambio Dirigido para bebedores Problema en ambos grupos.

Se pueden observar con más detalle las diferencias en cuanto a permanencia en el tratamiento en ambos grupos en la gráfica 3 y 4, donde se muestra el porcentaje del grupo CE, los cuales recibieron el Tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema aunado a la Entrevista Motivacional es mayor significativamente en comparación con el grupo SE el cual recibió el Tratamiento sin la Entrevista Motivacional.

Gráfica 3. Muestra la permanencia en el Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema de los usuarios Con Entrevista Motivacional.

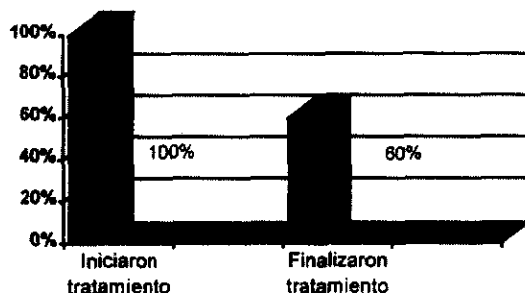
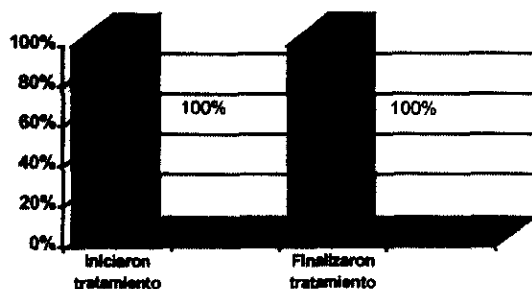


Gráfico 4. Muestra la permanencia de los usuarios que ingresaron al Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema sin la Entrevista Motivacional.

Después de haber revisado los datos obtenidos durante el transcurso del presente trabajo, nos pareció interesante presentar un caso de los sujetos de la muestra y describir brevemente su evolución.

ANÁLISIS DE UN CASO QUE RECIBIÓ LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL AUNADA AL TRATAMIENTO DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA

El relato que se presenta a continuación corresponde a un sujeto de sexo masculino de 35 años de edad, con un nivel educativo de pasante de Licenciatura, con trabajo estable de tiempo completo, desempeñándose como empleado de mantenimiento telefónico, el cual ha realizado durante 5 años.

El usuario llegó al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de manera voluntaria, solicitando tratamiento para su consumo de alcohol. Al iniciar la sesión, se le aplicó el Cuestionario de Disposición para el Cambio, obteniendo el nivel de "Muy motivado", lo que nos indica que estaba dispuesto para llevar a cabo el cambio de su conducta problemática.

Durante esta sesión el sujeto reportó estar casado y tener 2 hijas. Su historia de consumo es de 22 años; reportó consumir en exceso desde hace 4 años y de manera problemática hace un año; el consumo excesivo solía presentarse en situaciones depresivas, presión social o bien como desinhibidor, alcanzando a tener así, situaciones más agradables socialmente.

El usuario reportó beber generalmente en fines de semana con consumos máximos de hasta 2 litros de destilados o 2 cartones de cervezas; predominando su consumo en lugares públicos y con amigos. Reportó que en su vida han existido serias situaciones depresivas que lo han llevado a un consumo más problemático, sin embargo, externo interés por llevar a cabo un cambio en su conducta.

Para ayudar a clarificar su problema y comprometerlo con el cambio de una manera más formal se utilizaron los elementos motivacionales descritos en la lista de chequeo para admisión (anexo) los cuales incluyen el refraseo de aquellas problemáticas que inquietan al usuario, (en este caso se utilizó para la preocupación que el usuario tiene por sus hijas), otra forma de motivar al usuario es pedirle que resuma lo visto, así como también las dudas que surjan durante la sesión. Estos son solo algunos de los elementos motivacionales utilizados para incrementar y mantener su compromiso para el cambio dentro del tratamiento.

En la sesión de admisión se le brindó al finalizar, la nota de reconocimiento (anexo). Cabe mencionar que a lo largo del tratamiento, un día antes de cada cita, se le llamó

al usuario para confirmar la misma, estos son 2 de los elementos que forman parte de la entrevista motivacional.

La evaluación inicial se llevó a cabo una semana después de la admisión, durante la evaluación se obtuvieron los siguientes resultados:

Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol (BEDA): 36 puntos = dependencia severa

Esta escala nos brinda el nivel de dependencia que presenta el usuario al momento de ingresar al tratamiento.

Consta de 15 preguntas, las cuales son calificadas y nos dan tres niveles de dependencia: dependencia leve con un puntaje de 0 a 10, dependencia media de 11-19 y dependencia severa de 20-45 puntos.

Inventario Situacional de Consumo de alcohol (ISCA)¹:

Este inventario consta de 100 preguntas y nos brinda por medio de una calificación computarizada las situaciones de riesgo donde el consumo es más frecuente y también en aquellas donde no existe consumo o éste es más bajo.

Áreas en las que el abuso de alcohol fue más probable:

Presión social: 87

Emociones agradables: 77

Emociones desagradables y Momentos agradables: 70

Línea Base Retrospectiva (LIBARE):

La Línea Base Retrospectiva es un instrumento que nos ayuda a conocer el patrón de consumo del usuario del día de la entrevista hacia un año atrás, estos datos son vaciados en la computadora en un programa que nos da el número total de copas que consumió durante el año y los meses y días de mayor consumo.

Consumo total: 1386

Meses de mayor consumo:

Octubre - 265

Abril - 181

Septiembre - 162

Días de mayor consumo:

Viernes - 317

Sábado - 316

Domingo - 302

Número máximo de bebida consumida: 44

Número mínimo de bebida consumida: 1

Número máximo de días de abstinencia continua: 30

Como podemos observar los días de mayor consumo son en fin de semana, patrón característico en los bebedores problema.

¹. Annis, H.M. Ph.D. Derechos reservados: Facultad de Psicología, UNAM. Addiction Research Foundation, Canadá.

Los siguientes datos se obtienen de la entrevista inicial:

Satisfacción con su estilo de vida: insatisfecho

Percepción del problema: Un gran problema

En la sesión 1 motivacional se revisaron los siguientes puntos, algunos de estos puntos forman parte del tratamiento original y algunos otros son elementos motivacionales que integran la Entrevista Motivacional (EM).

- ↳ Auto-registro(anexo) y realización de gráfica personalizada -EM- (anexo) con el usuario.
- ↳ Discusión de la lectura 1
- ↳ Resultados obtenidos en la Línea Base Retrospectiva y junto con esta se muestra al usuario una gráfica -EM- que muestra el tipo de consumo que presentan los usuarios que han ingresado al tratamiento, pidiéndole al usuario se coloque en la gráfica de acuerdo a su consumo. (anexo)
- ↳ Balance Decisional:
 - * Costos de cambiar su forma de consumo actual. Pérdida de amistades y pérdida de relajación momentánea.
 - * Beneficios de cambiar su forma de consumo actual. Seguridad personal, mayor integración familiar, mayor estabilidad económica y control sobre su salud.
 - * Costos de seguir con su forma de consumo actual. Perdida de dinero y oportunidades, incremento de daños en su salud y desintegración familiar.
 - * Beneficios de continuar con su forma de consumo actual. Sentirse relajado, mayor aceptación social y evasión de realidad.
- ↳ Razones para llevar a cabo el cambio, estas razones son las siguientes:
 - * Mantener control sobre su salud para llevar una vida sana y con esto poder vivir más años y de ese modo poder estar en compañía de su familia.
 - * Mayor integración familiar para poder convivir con ellos en un ambiente de armonía, ya que él dice ser el apoyo económico y moral y así poder brindar un buen ejemplo para sus hijas.
 - * Mejorar la economía familiar y así poder canalizar los recursos en cuestiones positivas que a su vez traigan consigo ciertas satisfacciones.
- ↳ Establecimiento de la meta para las siguientes 4 semanas: Moderación, planeando tomar un máximo de 4 copas por ocasión durante el transcurso de cualquier día y no más de 3 días a la semana. Las condiciones bajo las cuales consumiría son: estar tranquilo, comer antes de consumir y seguir los tips de un consumo moderado y no tomar por problemas personales, sentirse presionado por los amigos o por estar deprimido.
- ↳ Confianza e importancia de lograr su meta establecida. 75% para ambas.
- ↳ Resumen por parte del usuario de lo revisado durante esta sesión
- ↳ Proporcionar lectura y ejercicios junto con una pequeña explicación de esta y para la sesión 2 por parte del terapeuta.
- ↳ Resumen por parte del usuario de lo revisado durante esta sesión.

A pesar de que la meta elegida por el usuario, este consumió excesivamente, consumiendo 12 copas en 5 horas.

Durante esta sesión el sujeto reportó preocupación por su estado de salud, así como la apariencia que muestra a los demás; especialmente hacia sus hijas de 7 y 10 años. También menciona fumar mayor número de cigarrillos desde que disminuyó su consumo de alcohol.

También se brindó al usuario una orden para realizarse análisis de laboratorio -EM- para conocer más a fondo su estado actual de salud.

Para revisar con más detalle los análisis de laboratorio (anexo) se dispuso de una sesión completa. Durante la revisión de los mismos, hubo un cambio de actitud por parte del sujeto pues al conocer los resultados, cambió su meta hacia la abstinencia, argumentando nuevamente la importancia que tiene para él su estado de salud, para desenvolverse de manera más satisfactoria en el trabajo y poder darle una vida más digna a sus hijas y su familia. No quería que sus hijas lo vieran en mal estado o le pierdan el cariño y respeto, ya que las quiere mucho y tiene una gran responsabilidad con ellas, además de que se ha dado cuenta de cuánto disfruta la compañía de sus hijas y jugar con ellas.

En la segunda sesión de tratamiento se revisó lo siguiente:

- ↳ Auto-registro(anexo) y realización de gráfica personalizada -EM- (anexo) con el usuario.
- ↳ Discusión de la lectura 2
- ↳ Discusión del valor de tomar una perspectiva de recuperación a largo plazo
- ↳ Discusión de las situaciones de alto riesgo en el pasado y compararlas con las situaciones de los perfiles obtenidos en el Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA).
- ↳ Proporcionar la lectura y ejercicios para la sesión 3, con una pequeña explicación de ésta por parte del usuario y pedirle que continúe con su auto-registro.
- ↳ Resumen de esta sesión por parte del usuario.

Durante esta segunda sesión el usuario se presentó puntualmente, mostrándose un poco consternado después de haber revisado en la sesión anterior los análisis de laboratorio. Y decidiendo desde este momento cambiar la meta a abstinencia a pesar de que en esta sesión todavía consumió.

Sus situaciones de riesgo fueron las siguientes:

- * Estar acompañado de amigos en lugares públicos (situaciones o emociones agradables)
- * Estar acompañado de amigos en lugares públicos (situaciones o emociones desagradables)
- * Estando solo (con emociones o situaciones desagradables)

Al revisar los resultados del ISCA coincidió con las situaciones de riesgo que él mismo menciona acompañado de presión social.

En la sesión 3 acude puntual a la cita con la tarea y auto-registro ya sin consumir una sola gota de alcohol.

La gráfica de consumo se llenó sin problema y las opciones fueron adecuadas para las situaciones de riesgo y ahora se muestra más convencido de cumplir la meta de abstinencia, sin embargo reporta empezar a fumar con mayor frecuencia, situación que anteriormente no sucedía, hablamos acerca de este comportamiento, su ansiedad y de su mal humor en los últimos días debido a la falta de consumo de alcohol.

Durante la sesión 4 el usuario se mantuvo con la meta que eligió durante la segunda sesión (abstinencia), sin embargo experimentaba en ese momento, algunos síntomas de ansiedad, solicitando a la terapeuta buscar opciones alternativas para disminuir el malestar, por lo que posteriormente se llevó a cabo una sesión de relajación, donde se le enseñó al sujeto a relajarse en aquellos momentos en que surgía la ansiedad. La sesión de relajación se llevó a cabo en una sola sesión adicional para el tratamiento.

A continuación se muestran los resultados obtenidos en la evaluación final del tratamiento:

Consumo actual: Cero copas.

Meta para los siguientes 6 meses: abstinencia

Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA):

Emociones agradables. 10%

Probando auto-control. 7%

Emociones desagradables. 3%

Confianza e importancia de mantener su meta.

Confianza. 75%

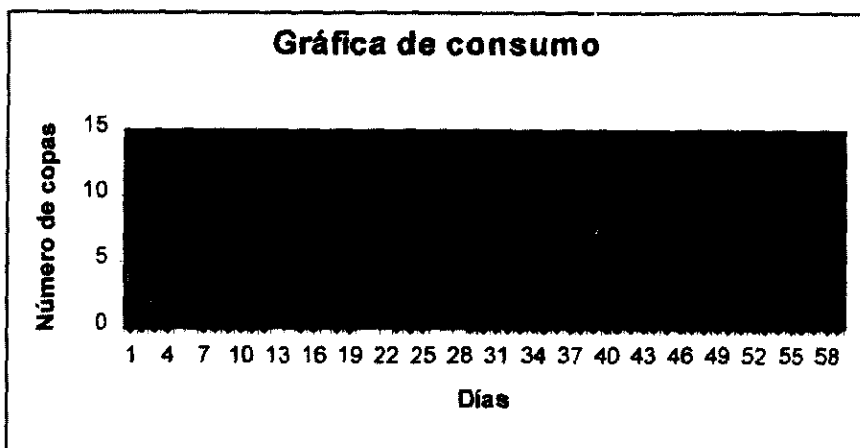
Importancia. 100%

Sólo se dió una sesión adicional que se utilizó para enseñar al usuario a relajarse.

En el seguimiento al mes el usuario reporta mantenimiento de la meta elegida y sentirse más satisfecho con su estilo de vida ("satisfecho") y la percepción de su problema ahora es menor que al inicio del tratamiento (un pequeño problema).

Cabe mencionar que el usuario del que se presentan resultados no presentó inasistencias en comparación a la mayoría de los sujetos que no recibieron entrevista motivacional.

A continuación se muestra la evolución del consumo del sujeto a través de la gráfica de consumo personalizada que se realizó con ayuda del auto-registro durante cada sesión del tratamiento.



ESTA TERCERA PARTE DEBE
SALIR EN LA SIGUIENTE

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Durante las últimas décadas se ha observado un gran desarrollo de intervenciones breves las cuales tienen un impacto importante sobre los tratamientos de las adicciones para bebedores con dependencia baja y media y que constituyen en la actualidad un fundamento para las acciones de prevención secundaria en esta problemática (Ayala y cols., 1998); diversos estudios indican que las intervenciones breves son más efectivas que ninguna asesoría, y frecuentemente tan efectivas como tratamientos más extensos; sin embargo también se ha observado que en este tipo de intervenciones hay un alto índice de deserción (Starck y cols, 1992).

Es importante saber que el impacto primario de las intervenciones breves esta en la motivación para el cambio (Miller y Rollnick, 1991), y una vez que la motivación ha impactado, los individuos pueden proceder a cambiar su conducta con un mínimo de ayuda. Además de que este tipo de tratamientos ofrecen una opción alentadora efectiva y conveniente que debe implementarse en una rutina de salud. (Bien, Miller. 1993)

La permanencia en este tipo de tratamiento como lo es el Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema parece estar relacionado con diversos factores, algunos de los cuales son: edad, sexo, estabilidad matrimonial, edo. civil, relación del cliente con sus familiares o con las personas de su comunidad, nivel socioeconómico y motivación terapéutica.

Durante los 80's (Miller, 1989) se identificó claramente que los factores externos son de gran importancia en la motivación que tiene el bebedor problema para llevar a cabo el cambio en su conducta, por tanto se reconoce que la motivación es el resultado de una interacción entre el bebedor problema y aquellos que lo rodean, es decir que hay cosas que un terapeuta puede hacer para incrementar la motivación para el cambio.

Debido a esto se ha aplicado a las intervenciones breves un refuerzo motivacional previo al tratamiento (Stack, 1992)

Saber qué es lo que un terapeuta puede hacer para que la persona realmente se interese por mejorar su estilo de vida y hacer algo positivo por su problema con el consumo de alcohol, influye en la permanencia en el tratamiento, es decir qué elementos motivacionales puede utilizar el terapeuta para que el usuario inicie, finalice y mantenga el cambio en su consumo excesivo, lo cual nos llevó a realizar la presente investigación.

En particular en este estudio se propone la Entrevista Motivacional con el objetivo de elevar la probabilidad de adherencia terapéutica, y sea de esta manera que el cliente obtenga el máximo beneficio del tratamiento e incremente el éxito en el tratamiento en las personas que recibieron el tratamiento aunado a la Entrevista Motivacional.

Por otro lado, proponer al Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema aquellos elementos motivacionales que tuvieron impacto en el grupo que recibió aunado al tratamiento, la entrevista motivacional.

Para lograr esto se realizó un estudio descriptivo y comparativo de los dos grupos, uno que llevó a cabo el tratamiento aunado a la Entrevista Motivacional (CE) y otro grupo el cual recibió el tratamiento sin la Entrevista Motivacional (SE); la comparación se realizó al inicio y al final del tratamiento.

Es importante mencionar que debido al tamaño de las muestras (ambas muestras estuvieron integradas por 5 personas cada una -N = 10-) muchas de las diferencias encontradas entre ambos grupos resultaron estadísticamente no significativas; por lo que se sugiere que se realicen otros trabajos con muestras más grandes con el fin de que las diferencias se vean más acentuadas, y de manera que se logre la significancia estadística.

En el presente estudio se corroboran los resultados obtenidos por Stark, 1992; Chafetz, 1961, 1968; Miller y Rollnick, 1991; Bien, 1993, Brown y Miller, 1993 y otros estudios recientes relacionadas al impacto que tiene la entrevista motivacional en las intervenciones breves en el área de las adicciones y específicamente con los llamados bebedores problema.

En el intento de identificar características sociodemográficas de los sujetos que no permanecen o desertan del tratamiento, en el presente estudio no resultaron ser un factor importante con respecto a la adherencia al tratamiento, ya que ambos grupos presentan características muy similares. Sin embargo Miller y Baca en 1983 hablan acerca de que un predictor potencial de respuesta diferencial para la intervención breve, que es el género, lo cual se corrobora en el presente estudio donde las 2 mujeres que pertenecieron al grupo CE se mantuvieron exitosamente a lo largo del tratamiento y en el seguimiento, sin embargo no podemos hablar de diferencias ya que en el grupo SE no hubo mujeres.

En cuanto a patrón de consumo se observaron diferencias importantes en los años de consumo excesivo y muy excesivo, siendo mayor en el grupo SE, donde se presentó mayor deserción; esto parece influir en la permanencia, pues teniendo más años de consumo, su percepción del problema parece aumentar de manera negativa.

Así también, el consumo diario para el grupo SE fue mayor en comparación con el grupo CE quienes presentaban sus mayores consumos en fines de semana, lo que nos habla de bebedores de tipo episódico-explosivos, más que de bebedores consuetudinarios.

Un dato interesante es el referente al tipo de bebida consumida por el grupo SE que prefería los destilados en contraste con el grupo CE, que se inclina hacia la cerveza.

Estos datos sobre patrón de consumo están fuertemente relacionados con la percepción que tienen de su problema, sin embargo Miller y Baca en 1983 reportan que las medidas de severidad del problema no predicen un éxito diferencial entre los grupos de tratamiento. Sin embargo en el presente estudio se encontró que el grupo CE presenta mayor reflexión sin importar la cantidad consumida, en comparación con los usuarios del grupo SE donde parece ser el simple hecho de las consecuencias adversas y la cantidad consumida en el pasado fueron las que motivaron a tomar la decisión de un cambio en su patrón de consumo, observando que para este grupo (SE) en algunos casos (40% de los

sujetos que desertaron), no fueron suficientes las experiencias previas y quizá era necesario recibir motivación por parte del terapeuta para comprometerse con el cambio en su conducta problemática de beber.

Para el grupo CE los elementos motivacionales pudieron haber influido en la percepción del problema y consecuentemente en su compromiso con el tratamiento, evitando la deserción a pesar de presentar patrones de consumo tan fuertes como los del grupo SE.

Es de interés mencionar la diferencia en cuanto a nivel de motivación en un caso particular, donde para ambos grupos se encontraban sujetos no motivados, aquel sujeto del grupo CE que recibió la entrevista motivacional, logró finalizar con éxito el tratamiento a comparación del sujeto del grupo SE que desertó en la 2ª sesión de tratamiento, es posible que este sujeto necesitara un apoyo extra motivacional para seguir con el tratamiento, la otra persona que desertó de este grupo (SE) tenía un nivel de motivación Muy Motivado y a pesar de esto desertó debido quizá a el consumo excesivo que presentaba y su consumo paralelo de marihuana a demás de tratarse de un sujeto con pensamientos depresivos.

A pesar de que este tratamiento está dirigido a personas con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol, es importante mencionar que en el presente estudio los sujetos en su mayoría, presentaron una dependencia severa (60%) y sin embargo lograron terminar el tratamiento y mantener su meta en el seguimiento al mes de finalizar el tratamiento. En relación a esto es importante mencionar que la mayoría de los sujetos presentaron un nivel de motivación alto, lo cual no indica que finalicen exitosamente el tratamiento, ya que las personas que desertaron obtuvieron un nivel de motivación tanto alto como bajo al aplicar el Cuestionario de Disposición para el Cambio administrado durante la admisión.

Ambos grupos disminuyeron su consumo de manera gradual durante el tratamiento, esto puede ser a que la disminución del consumo en el grupo CE se vio influida por los elementos motivacionales y en el grupo SE, estos se encontraban más dispuestos debido a mayores consecuencias negativas de su consumo y a un patrón de consumo más elevado.

Pudiera ser que tanto las llamadas telefónicas un día antes de cada sesión y la nota de reconocimiento que se brindó al grupo CE durante la admisión hayan intervenido en el incremento de participación durante el tratamiento logrando un mayor compromiso y mejor rendimiento en este, consecuentemente los usuarios de este grupo presentaron un menor número de inasistencias y recaídas, corroborando esto con estudios realizados por Miller en 1989.

Es importante mencionar que la motivación puede promover un proceso natural de cambio en el cual de otro modo no ocurriría o podría retrasarse, donde el cambio sustancial ha sido observado en pocas semanas de intervención aún sin entrenamiento de habilidades (Miller, et al., 1980, 1988 y 1993).

En cuanto a la percepción de riesgo esta resulta ser mayor en el grupo SE tanto al inicio como al final del tratamiento, esto puede deberse a que los usuarios CE recibieron un

consejo motivacional durante la admisión, y esto puede que haya bajado su percepción del problema, puede funcionar como un indicador pre y post tratamiento.

Algunos estudios sugieren que la falta de discrepancia acerca de su consumo actual puede explicar esta situación y es aquí donde la escucha reflexiva y el consejo además de una adecuada empatía pueden influir en el proceso de cambio.

A pesar de que la percepción fue más baja en los sujetos del grupo CE, continuaron en el tratamiento y esto se corrobora con estudios realizados por Stack y Chafetz en 1991 que nos hablan de que pacientes que se les brindó una sesión única motivacional y consejería permanecieron más tiempo en tratamientos con problemas de adicciones.

Sabemos que este tipo de tratamientos son más eficaces si se apoyan en retroalimentación, y si en esta incluimos elementos como los análisis de laboratorio, ya que crean un mayor impacto en el usuario y generan mayor motivación para continuar con el tratamiento, en el presente estudio los usuarios del grupo CE reportaron gran preocupación por su salud e incluso fue el detonador para cambiar de meta (moderación a abstinencia).

Otro elemento motivacional que causó gran impacto fue la escucha reflexiva, ya que los usuarios del grupo CE se mostraron más participativos al notar que el terapeuta tenía interés por que este logrará el cambio, además los sujetos que recibieron este elemento (grupo CE) pidieron lecturas extras y apoyo en sesiones adicionales para revisar otras áreas de su vida y mejorar con ellas el proceso de cambio que estaban llevando. En este sentido Kanfer (1986) Miller y Rollnick (1991) mencionan que el cambio de conducta al crear una discrepancia percibida del estado actual, dispara el deseo de metas más allá de lo logrado en el tratamiento.

En satisfacción se logró hacer un cambio en ambos grupos, llegando a estar satisfechos con su estilo de vida, sin embargo para el grupo CE se encuentra un mayor porcentaje de muy satisfechos (40%) en contraste con el grupo SE donde los que lograron terminar el tratamiento (60%) solamente se mostraron satisfechos (60%). Esto parece sugerir que aquellos sujetos que recibieron la entrevista motivacional lograron tener una percepción de riesgo más baja de su problema y por lo tanto una mayor satisfacción con su estilo de vida al finalizar el tratamiento.

A partir de los resultados obtenidos, se hacen algunas sugerencias al tratamiento:

- * Que el usuario pueda comentar ampliamente con el terapeuta, en particular en la sesión de admisión sobre su problemática ya que el programa incluye la aplicación de una gran cantidad de instrumentos; lo que hace pensar que el usuario requiera de un tiempo que le permita manifestar sus expectativas en relación al tratamiento permitiéndole al terapeuta abordar su problema y así lograr su permanencia en el tratamiento.
- * Mejorar instalaciones para brindar el tratamiento.

- * Material suficiente y a tiempo.
- * Mayor difusión.
- * Evitar interrupciones una vez comenzadas las sesiones, es decir, evitar mostrar desorganización por parte del servicio.

BIBLIOGRAFIA

- ▶ Abrams, D. B. y Niaura, R.S. Social Learning Theory. Traditional Approaches. En: H. Blame, K. E. Leonard, (eds) Psychological Theories in Drinking of Alcohol. New York. pp. 31-172.

- ▶ Anton, R. (1994) Medications for Treating Alcoholism. Alcohol and Research World. Vol. 18 N° 4. pp. 265-271.

- ▶ Assessing Alcohol Problems A Guide for Clinicians and Researchers. (1995) NIAAA Treatment and researchers. pp. 470-475.

- ▶ Ayala, H. y Cárdenas, G. (1993) Protocolo de investigación del proyecto colaborativo México-Canada para Bebedores Problema .

- ▶ Ayala, H. (1992) El Curso del Alcoholismo: Una Visión Psicológica. Ponencia Magistral VI Congreso Mexicano de Psicología Clínica, Octubre, 1992, México, D.F.

- ▶ Ayala, H. y Cárdenas, G. (1993) Una Revisión de Programas de Tratamiento para el consumo excesivo de Alcohol. Neurología-Neurocirugía-Psiquiatría. Vol.XXXIII, N°1.

- ▶ Ayala, H. y Echeverría, L. (1999) Detección temprana e Intervención temprana En: Beber de Tierra Generosa: Ciencia de las bebidas alcohólicas en México.

- ▶ Ayala, H. y Cárdenas, G. (1996) Algunas consideraciones sobre el proceso de Tratamiento de Conductas Adictivas. Psicología Iberoamericana Vol.4 N°2.

- ▶ Ayala, H., Echeverría, L., Sobell & Sobell. (1997) Auto Control Dirigido: intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de Alcohol en México. Revista Mexicana de Psicología. Vol.14. N°2, pp.113-127.

- ▶ Ayala, H., Echeverría, L., Sobell & Sobell. (1998) Una alternativa de intervención Breve y Temprana para bebedores problema en México. ACTA COMPORTAMENTALIA. Vol.6 N° 1, Junio.pp.71-93.

- ▶ Ayala, H., et al., (1998) Manual de Auto-ayuda para personas con problemas en su forma de beber México, Porrúa.

- ▶ Bandura. (1997) Self Efficacy: The exercise of control by determinants of change. The science of health promotion. by W.H. Freeman and Company. Used with permission.

- ▶ Berruecos, V., Castro,S., Díaz-Leal A., Medina-Mora., y Reyes del Olmo. (1994) Curso básico sobre adicciones. Editorial Uno.

- ▶ Bien, T.H, Miller, W. (1993) "Brief Interventions for Alcohol Problems:A review" Addiction,N°88, pp.315-336.

- ▶ Bien, T.H., et al., op. Cit; y Miller W. R., y Rollnick , S., Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior, New York , Guilford Press, 1991.

- ▶ Calderón, G. , Campillo, C., & Suárez, C., Respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el alcohol. Organización Mundial de la Salud. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1981, Medina-Mora y Cols., 1988, op. Cit.

- ▶ Campbell, D. & Stanley, J., (1982) Diseños experimentales y cuasiexperimentales de la Investigación Social. Buenos Aires, Argentina. Ed.Amorrorotu. pp 93-98.

- ▶ Campillo, C., Romero, M., (1999) Efectos del alcohol: la perspectiva médica. En: Beber de Tierra Generosa: Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. pp. 15-23.

- ▶ Colin P.A., & Garduño, G.C. La auto-eficacia como una medida predictiva de éxito en un tratamiento para Bebedores Problema. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.

- ▶ Connors, Carroll, DiClemente, Longabaugh & Donovan (1997) The Therapeutic Alliance and Its Relationship to Alcoholism Treatment Participation and Outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 65. Nº 4. pp. 288-598.
- ▶ Cronkite, R., Moos, R. (1978) Evaluating Alcoholism Treatment Programs: An Integrated Approach. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 46. Nº 5. pp. 1105-1119.
- ▶ Cunningham, Sobell, Gavin, Sobell, & Breslin (1997) Assessing Motivation for Change: Preliminary Development and Evaluation of a Scale Measuring the costs and benefits of Changing Alcohol or Drug Use. Psychology of Addictive Behaviors. Vol. 11, Nº 2. pp. 107-114.
- ▶ Encuesta Nacional de Adicciones. México. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. 1993.
- ▶ Elizondo, J. A., (1999) "Tratamiento del alcoholismo" En: Beber de Tierra Generosa: Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. FISAC.
- ▶ Enciclopedia de la Psicología, Volumen II, Ediciones Oceano Barcelona, España. Pp.230-257.
- ▶ Goleman, D. (1997) "Las raíces de la empatía" La inteligencia emocional. Javier Vergara Editor, México. pp. 123-138.
- ▶ Gómez del Campo, J. (1994) Intervención en las crisis: Manual para el entrenamiento. Editado en México por Plaza Vaidés y Editores.
- ▶ Harvey, A. Skinner. Spectrum of drinkers and Intervention oportunities.
- ▶ Heather, N., (1989) Cap. 6: Brief Intervention Strategies. Handbook of Alcoholism Treatment Effective Alternatives Approaches. Pergamon General Psychology Series. pp. 93-114.

- ▶ Hernández, S., Fernández, C., y Baptista, L. (1998) Metodología de la investigación. Ed Mc Graw Hill, México.

- ▶ Hester, R., y Miller, W. (1989) Cap.1 : Treating Alcohol Problems: Toward An Informed Eclecticism. Handbook of Alcoholism Treatment Approaches Effective Alternatives. Pergamon General Psychology Series. pp.3-13.

- ▶ Hester, R., y Miller, W. (1989) Cap.5 : Follow-up assessment. En: Handbook of Alcoholism Treatment Approaches Effective Alternatives. Pergamon General Psychology Series. pp.81-92.

- ▶ Instituto Mexicano de Psiquiatría, Centro de Información en Alcohol, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, 1998.

- ▶ Katzung, B., Trevor. A. (1997) Cap.31: Drogas y medicamentos de abuso. En: Farmacología: autoevaluación y repaso. Ed. Manual Moderno, México, D.F. pp.369-385.

- ▶ Ladero, L., y Lizasoain, L. (1998) "Sección IX: Alcohol" Drogodependencias. Ed. Panamericana. Pp. 233-316.

- ▶ Macías Avilés, R. (1998) Cap.21: Alcoholismo y Terapia Familiar. En: Alcoholismo: Visión Integral Recopilación de Rafael Velasco Fernández. Ed. Trillas.

- ▶ Maciel, M. I. y Romero, S. A. (1996) Características de Bebedores Problema que abandonan un tratamiento. Tesis de Licenciatura Inédita. Universidad Nacional Autónoma de México.

- ▶ Medina-Mora, M.E. (1999) Espacios y estrategias del alcohol: La perspectiva psicosocial. En: Beber de Tierra Generosa: Ciencia de las bebidas alcohólicas en México.

- ▶ Medina-Mora, M.E., "El abuso del alcohol, antecedentes y consecuencias: evaluación de un modelo de intervención", Instituto Mexicano de Psiquiatría con financiamiento de CONACYT y de la Secretaría de Salud, Num. MO148-H9602, Proyecto Num. 4270, 1997.

- ▶ Medina-Mora, M.E., (1994) Cap.2: Los Conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En: Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. Recopilación Tapia Conyer. Ed.Manual Moderno.

- ▶ Miller, P. y Eisler, R. (1977) Assertive Behavior of Alcoholics: A descriptive Analysis. Behavior Therapy. Vol.8. pp. 146-149.

- ▶ Miller, W. (1978) Behavioral Treatment of Problem Drinkers: A comparative Outcome Study of Three Controlled Drinking Therapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol.46, N° 1, pp. 74-86.

- ▶ Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999) La Entrevista Motivacional : preparar para el cambio de conductas adictivas. Ed. Paidós, Barcelona.

- ▶ Miller, W.R., (1993) Controlled Drinking: A History and Critical Review. Journal of Studies on Alcohol. N° 44, pp.68-83.

- ▶ Miller, W. Ph.D., Zweben, A. D. S. W., DiClemente, C. Ph.D., Rychtarik, R. Ph.D. (1995) Motivational Enhancement Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapist Treating Individuals with alcohol abuse and dependence. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project MATCH Monograph Series Editor. Volume 2.

- ▶ Miller, W. Ph.D., Meyers, R., Tonigan, S. (1999) Engaging the Unmotivated in Treatment for Alcohol Problems: A comparison of Three Strategies for Intervention Through Family Members. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol.67 N° 5, pp. 688-697.

- ▶ Miller, W. (1989) Cap.4: Increasing Motivation for Change . En: Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives Pergamon General Psychology Series. pp. 67-79.

- ▶ Prochaska, J. y DiClemente, C. (1983) Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol.51, N°3, 390-395.

- ▶ Room, R. (1992) The Impossible Dream?-Routes to Reducing Alcohol Problems in a Temperance Culture. Journal of Substance Abuse. Vol.4 pp. 91-106.

- ▶ Rosovsky H. (1999) Hacia una política de Salud. En: Beber de Tierra Generosa: Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. pp. 269-281.

- ▶ Rosovsky H, García G. López JI, Narváez A. (1988) El papel del consumo de alcohol en las urgencias médicas y traumáticas. IV Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Pp 261-268.

- ▶ Sánchez-Craig, M. (1993) Intervención Temprana y Breve para Problemas de Alcohol. Addiction Research Foundation, Toronto. Notas para el taller impartido durante el VI Congreso Iberoamericano sobre Alcohol, Tabaco y Drogas. México, D.F., Mayo.

- ▶ Sepúlveda, J., Las adicciones: el reto de hoy y del futuro. El Día. 4 de Octubre de 1994.

- ▶ Skinner, H., (1992) Commentary. Annual Revision of Addictions Results and Treatment. pp.145-148.

- ▶ Sobell, L. y Sobell, M., (1988) Behavioral Assessment and Treatment Planning with Alcohol and Drug Abusers: A review with an emphasis on clinical application. Clinical Psychology Review. Vol.8, pp. 19-54.

- ▶ Sobell, L. y Sobell, M.,(1994) Manual de procedimientos. Programa de Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema. Adaptación y versión al español: Ayala, H., Cardenas, G., Facultad de Psicología UNAM, México.

- ▶ Stark, M., Lewis & College C. (1992) Dropping out of substance abuse treatment: A Clinically Oriented Review. Clinical Psychology Review, Vol.12, pp.93-116. Printed USA. All rights reserved.

- ▶ Tapia-Conyer, R., (1994) Las adicciones: Dimensión, Impacto y Perspectiva. Manual Moderno. México.

- ▶ Viesca, C. Cap.1: Bosquejo Histórico de las Adicciones. En: Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. Recopilación Tapia Conyer. Ed.Manual Moderno.

- ▶ Villatoro, J., Medina Mora, M.E., Fleiz., C., Alcántar, E., Hernández, S. y Parra, J. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la Ciudad de México: Medición otoño 1997. *Salud Mental*, 22, 1.

- ▶ Zurita, B., Lozano, R. (1999) Costo del Abuso. En: *Beber de Tierra Generosa: Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*. pp. 207-216.

ANEXOS



AUTO REGISTRO

REGISTRANDO SU CONSUMO DE ALCOHOL.

El registro de su consumo de alcohol es una parte importante de este programa.

El autoregistro puede ayudarlo a tener la información exacta a cerca de su consumo y de cualquier cambio que haga, también le permite evaluar el progreso para alcanzar sus metas. Aún cuando usted no tome, debe escribir "0" en el día en que no consuma alcohol.

El autoregistro puede ayudarlo a identificar las situaciones de alto riesgo al analizar los días en que consumió en exceso. Este tipo de información le permitirá a usted y a su terapeuta desarrollar mejores estrategias y alternativas para las situaciones de consumo problemático. El autoregistro puede también darle información acerca de las situaciones en las que no toma o su consumo es limitado.

Inicialmente, algunas personas sienten que al registrar solamente las hace perder el tiempo. Además, el tener registros de algunas actividades no es usual. Los deportistas o los vendedores si llevan registros de sus progresos con respecto a sus planes de ejercicios o trabajos. El llevar el registro de su ejecución puede ayudarlo a lograr sus metas.

Aunque el autoregistro requiere tiempo y compromiso, los usuarios que autoregistran su consumo reportan que éste les hace comprender mejor cuánto tomaron y qué situaciones están relacionadas al consumo.

- Nosotros queremos que usted registre su consumo de alcohol diariamente y lo leve a las sesiones de tratamiento.
- No se calificará como bueno o malo el registro de la cantidad de alcohol.
- El autoregistro intenta ayudarlo a usted y al terapeuta a tener cambios más efectivos en su consumo.
- Dele una oportunidad al autoregistro antes de decidir si puede o no ayudarlo.

Instrucciones: Deberá escribir 1 (s) si hubo consumo, escriba (2) si no hubo consumo y escriba (3) si no hubo necesidad.

Registra el número de copas que usted tomó cerveza, destilados y vino. Después escribe el número total de copas al final del día en la columna número total de copas. Si usted no tomó en el día, escriba "0" en la columna de número total de copas.

En la columna de situaciones relacionadas al consumo o necesidad de consumo escriba donde y con quién estaba cuando consumió o no alcohol. En la última columna usted puede usted puede anotar sus pensamientos y sentimientos que tuvo en ese momento. Recuerde traer sus hojas de registro cubriendo cada día desde su última cita. Si tiene dudas preguntelas al terapeuta. INICIE SU AUTOREGISTRO EL DÍA QUE RECIBA ESTE TALONARIO.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE MÉXICO

Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad
04510, Del. Coyoacán, México, D.F.

COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA PROFESIONAL

94



Facultad
de Psicología

QFB. MIRELLA MUÑOZ DE DIAZ
LABORATORIO CLINICO "SAN ALBERTO MAGNO"
Cerro de las Palomas 3.
Col. Romero de Terreros
Presente

Por este medio me permito solicitar a usted realizar a (nombre del usuario y edad) siguientes exámenes de laboratorio para continuar con su tratamiento:

- ❖ Determinación de GAMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA
- ❖ LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD
- ❖ VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO

Sin más por el momento y agradeciendo las atenciones que se sirva prestar a la presente, quedo de usted.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"

Cd. Universitaria a 22 de noviembre de 1999

DR. HECTOR AYALA VELAZQUEZ

INVESTIGADOR RESPONSABLE¹

¹ Favor de emitir la factura a nombre de la Facultad de Psicología de la UNAM
Av. Universidad 3004
Col. Copilco Universidad
R.F.C. UNA 290722-7Y5

**Cuestionario de Disposición para el Cambio.
(Heather, N., Gold, R., y Rollnick, 1991)**

El siguiente cuestionario identifica que es lo que usted siente acerca de su forma de beber en este momento.

Lea cuidadosamente y decida que tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes frases.

Marque las respuestas que elija para cada frase. Sus respuestas serán completamente confidenciales.

Marque:

- | | |
|---|---|
| 1. Si está "completamente de acuerdo". CD | 4. Si está en "desacuerdo". DS |
| 2. Si está "de acuerdo". D | 5. Si está "completamente en desacuerdo." CDS |
| 3. Si está "indeciso". I | |

FRASES.	CD	D	I	DS	CDS
1. No bebo demasiado alcohol.	1	2	3	4	5
2. Estoy tratando de beber menos alcohol del que antes bebía.	1	2	3	4	5
3. Disfruto cuando bebo, pero algunas veces bebo demasiado.	1	2	3	4	5
4. A veces pienso que debería reducir mi forma de beber.	1	2	3	4	5
5. Pierdo el tiempo en pensar en como bebo.	1	2	3	4	5
6. Recientemente he cambiado mi forma de beber.	1	2	3	4	5
7. Cualquiera puede hablar acerca de cambiar su forma de beber , pero yo en este momento si estoy haciendo algo al respecto.	1	2	3	4	5
8. Estoy en la etapa en donde debería pensar acerca de beber menos alcohol.	1	2	3	4	5
9. Algunas veces mi forma de beber es un problema	1	2	3	4	5
10. No tengo necesidad de cambiar mi forma de beber.	1	2	3	4	5
11. Actualmente estoy cambiando mi forma de beber.	1	2	3	4	5
12. Disminuir la forma en la que bebo, no tendría sentido para mí.	1	2	3	4	5

FORMA DE CALIFICACIÓN.**REACTIVOS PRECONTEMPLACIÓN
(NO MOTIVADO)**

1		
5		
10		
12		

**REACTIVOS CONTEMPLACIÓN
(MOTIVADO)**

3		
4		
8		
9		

**REACTIVOS ACCIÓN
(MUY MOTIVADO)**

2		
6		
7		
11		

CALIFICACIÓN TOTAL POR ESCALAS.

No motivado (Invertir el signo)	
Motivado	
Muy motivado	
Etapas en la que se encuentra	

IMPORTANTE: La etapa en la que se encuentre el sujeto será la que haya obtenido la puntuación más alta. Si hay dos escalas iguales, la escala que se encuentre más alejada del continuo del cambio (precontemplación-contemplación-acción) será la que nos indicará en que etapa se encuentre el sujeto.

Si uno de los 4 reactivos de alguna escala no es contestado, está escala deberá ser prorrateada (multiplicándola por 1.33). Si 2 o más reactivos nos son contestados, la escala no puede ser calculada, en ese caso, la asignación a una etapa de cambio será inválida.

TABLA DE CONVERSIÓN.

1	-2
2	-1
3	0
4	1
5	2

LISTA DE CHEQUEO PARA ADMISIÓN

NOMBRE DEL TERAPEUTA:

HORA:

NOMBRE DEL TERAPEUTA EVALUADO:

FECHA:

APLICABLE EN LA ADMISIÓN DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL ROL DEL TERAPEUTA.	SI	NO
1. Bienvenida empática en recepción (actitud de ayuda, cálido, atento, respeto, interés).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lo lleva al cubículo.		
3. Expresa empatía.		
4. Fomenta la diferencia: crear un discrepancia entre su conducta actual y las metas que puede fijar para solucionar su problemática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Habla sobre ambivalencia.		
6. Evita argumentación.		
7. Enfatiza la responsabilidad del cliente (sin culpas).		
8. Hace preguntas abiertas y cerradas.		
9. Refrasa afirmaciones del cliente sin hacer juicios.		
10. Expresa paciencia y tolerancia ante la ambigüedad.		
11. Componentes no verbales:		
*Contacto visual		
*Contacto visual		
*Postura relajada		
*Contacto físico positivo		
12. Tono de voz suave.		
13. Escucha reflexiva.		
14. Apoya autoeficacia.		
15. Escucha sin interrupciones.		
16. Apoya autoeficacia.		
APLICACIÓN DEL MODELO.		
1. Motivo de consulta.		
2. Historia de consumo.		
3. Evitar argumentación.		
4. Vencer la resistencia por medio de juego de roles.		
5. Explora el entorno en el que se ha desarrollado el cliente.		
6. Expresa importancia del problema.		
7. Muestra gráficas de consumo en México, así como accidentes e índices de mortandad ocasionados por el consumo de alcohol.		
8. Clarificación de declaraciones (por medio de ejemplos).		
9. Preguntar intereses del cliente.		
10. Peores miedos acerca de NO cambiar su consumo.		
11. Peores miedos acerca de cambiar su consumo.		
12. Mirar atrás (su vida antes de emerger el problema).		
13. Mirar adelante (expectativas si decide llevar a cabo el cambio).		
14. Explora metas.		
15. Explica en que consiste el tratamiento.		
16. Explicación de rol que juega el terapeuta.		
17. Explica el rol del cliente dentro del tratamiento. (carta compromiso)		
18. Resume (pidiendo al cliente comente dudas, haga correcciones y quiera agregar algo a la sesión).		
19. Sigüente sesión, evaluación (esa misma semana).		
20. Impresión médica: exámenes de laboratorio.		
21. Lo acompaña a la recepción.		
22. Llama al cliente antes de cada sesión.		
23. Rescate (3 llamadas antes de darle de baja).		

LISTA DE CHEQUEO PARA SESIÓN 1

NOMBRE DEL TERAPEUTA EVALUADO:
NOMBRE DEL TERAPEUTA EVALUADOR:

FECHA:
HORA:

Aplicable en la primera sesión de entrevista motivacional		SI	NO
1. Bienvenida empática en la recepción (actitud de ayuda, cálido, atento, respeto, interés).			
2. Lo lleva al cubículo.			
3. Expresa empatía.			
4. Escucha reflexiva.			
5. Reforza reflexiones del cliente sin hacer juicios.			
6. Enfatiza la responsabilidad del cliente (sin culpas).			
7. Escucha sin interrupciones.			
8. Componentes no verbales:			
*Contacto físico positivo			
*Contacto visual			
*Movimiento de cabeza			
*Postura relajada			
9. Tono de voz suave.			
10. Hace preguntas cerradas y abiertas.			
11. Apoya la autoeficacia (que el cambio es posible).			
12. Pregunta al cliente se siente y piensa acerca de su problemática.			
13. Se despide y lo acompaña a la recepción.			
14. Llama para confirmar la siguiente sesión.			
15. Entrega nota de reforzamiento			
16. En caso de ser necesario realiza rescate (3 llamadas antes de darlo de baja).			
APLICACIÓN DEL MODELO.		SI	NO
1. Pregunta dudas y comentarios de la lectura 1.			
2. Recoge automonitoreo.			
3. Al llenar la gráfica comenta con el usuario los resultados.			
4. Análisis de consumo:			
* Tiempo transcurrido entre copa y copa			
* Duración de consumo			
* Sentimientos relacionados con el consumo antes y después de éste			
5. Recoge análisis de laboratorio y comenta.			
6. Revisa el impacto de los resultados obtenidos sobre su salud a corto y a largo plazo, haciendo una reflexión.			
7. Revisa línea base retrospectivo.			
8. Pregunta que piensa acerca de estos datos y de qué sirven dentro del tratamiento.			
9. Explica cómo se metaboliza el alcohol en el cuerpo.			
10. Sugiere para un consumo moderado.			
11. Trabaja con el cliente los ejercicios de la lectura 1:			
* Balance decisional: revisa costos y beneficios de continuar o cambiar su consumo.			
* Razones para cambiar: señala la importancia de cada razón dentro de su proceso de cambio.			
* Establecimiento de metas: enfatiza la responsabilidad del cliente y la libertad que éste tiene para elegir la meta y lo realista que ésta resulta.			
12. Hace un resumen de los ejercicios de la lectura 1.			
13. Asigna la tarea 2 y la explica brevemente.			
14. Pide que siga con el automonitoreo, recordando los tips de moderación.			
15. Explica brevemente la montaña de la recuperación.			
16. Hace un pequeño resumen de la sesión.			
17. Recuerda que si surge alguna duda, llame al terapeuta.			
18. Entrega nota de reforzamiento			

NOTA DE RECONOCIMIENTO

Fecha.

Nombre del usuario

Me dio mucho gusto que hayas venido, creo que tienes un problema que podríamos trabajar. Espero que regreses, y me dará mucho gusto trabajar contigo si así lo deseas.

**Atentamente
Terapeuta**

Tipo de consumo de las personas que ingresan al tratamiento.

