

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA

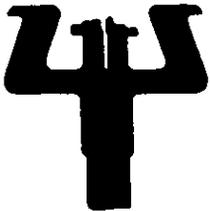
0289404

UNA PROPUESTA MOTIVACIONAL PARA LOGRAR LA PERMANENCIA DE BEBEDORES PROBLEMA DURANTE UN TRATAMIENTO

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A :  
ANA MARIA ANDRADE MARTINEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. HECTOR AYALA VELAZQUEZ  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



CIUDAD UNIVERSITARIA



2001

EXAMENES PROFESIONALES  
FAC. PSICOLOGIA.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIAS:

### **A Jessica, Francisco Javier y Cassandra que son la razón de mi vida:**

Que este trabajo en un futuro cercano sea de aliciente para que a pesar de los obstáculos y dificultades, los enfrenten sin temor ni dudas, para que triunfen en lo que quieren y principalmente les agradezco el tiempo que no compartí con ustedes por lograr mi meta (claro sin tomar en cuenta las mamilas y los cambios de pañales). Los quiero mucho.

### **A mis padres:**

Les doy las gracias por apoyarme, escucharme y estar conmigo en los momentos de mayores obstáculos; por darme el ejemplo de lucha constante y ser mejor cada día y principalmente por su cariño. Los quiero mucho.

### **A mis hermanos Jorge y Mónica:**

Gracias por todo lo que me han dado y por estar conmigo en los momentos en que los he necesitado y a quienes no los cambiaría por nada ni por nadie. Moni mil gracias por tu apoyo incondicional. "Son únicos". Los quiero mucho.

### **A Fidel:**

Te doy las gracias por apoyarme y confiar en mí, eres una persona de la cual he aprendido mucho, principalmente tu entereza y perseverancia por lograr lo que te propones. Te amo.

### **A Mayra:**

Te dedico este trabajo Mayra para que al igual que yo, tú luches cada día más por lo que deseas y que no hay peor lucha que la que no se hace. Gracias por tu cariño y comprensión. Te quiero mucho.

### **A Miguel:**

Gracias por estar siempre conmigo, por apoyarme en los momentos más difíciles, por "prestarme" a Moni y sobre todo por querer tanto a mis diablillos.

Les dedico este trabajo a todas aquellas personas que de alguna manera lo hicieron realidad.

## AGRADECIMIENTOS

**Dr. Héctor Enrique Ayala Velázquez:**

Por dedicarme el tiempo, la atención, paciencia y principalmente por haberme dado la oportunidad de participar en su programa y por su apoyo profesional para la terminación de este trabajo. Gracias por ser mi director de Tesis.

**Lic. Leticia Echeverría San Vicente:**

Muchas gracias por ser tan accesible y por darme la oportunidad de trabajar contigo, por tu dedicación, paciencia y apoyo incondicional para la terminación de este trabajo, y mil gracias por tu ASESORIA, que para mí fue lo más importante.

**A mis sinodales: Dra. Amada Ampudia**

**Maestro Isaac Seligson**

**Maestro Leonardo Reynoso**

Por darme la oportunidad de concluir con una meta más, por su apoyo, comprensión y ayuda incondicional para la culminación de mi carrera.

**Mónica:**

Mil gracias por tu apoyo, tu atención y principalmente tu tiempo, eres una persona que siempre estuvo al pendiente de mi desempeño y por motivarme para no desistir en los momentos difíciles.

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	2
<b>CAPÍTULO I</b> Epidemiología.....	5
<b>CAPÍTULO II</b> Alcohólicos vs Bebedor Problema .....	18
<b>CAPÍTULO III</b> Tratamientos Tradicionales.....	24
<b>CAPÍTULO IV</b> Modelo de Aprendizaje Social.....	33
<b>CAPÍTULO V</b> Programa de Auto-control dirigido para bebedores problema.....	36
<b>CAPÍTULO VI</b> Adherencia Terapéutica.....	40
<b>CAPÍTULO VII</b> Método.....	43
<b>CAPÍTULO VIII</b> Resultados.....	46
<b>CAPÍTULO IX</b> Discusión y Conclusiones.....	55
<b>REFERENCIAS</b> .....	74
<b>ANEXOS</b> .....	78

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo proponer técnicas alternativas que reduzcan la deserción en bebedores problema que acuden a tratamiento, con la finalidad de que permanezcan y modifiquen su conducta de consumo excesivo y evitar problemas con su manera de beber por medio de la identificación de las consecuencias adversas y del uso de sus propios recursos para prepararse al cambio. La muestra fue aleatoria, formada por los usuarios que asistieron voluntariamente al tratamiento y quedó integrada por 200 pacientes que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos Acapulco; 100 pacientes que se quedaron en su primera sesión y 100 pacientes que asistieron y terminaron su tratamiento en el Programa de Auto-control Dirigido para Bebedores Problema. Se utilizó un diseño de tipo *expost facto* el cual consistió en tomar los 100 pacientes al azar, al cual se le aplicó una evaluación sin entrar al tratamiento, y al otro grupo de 100 personas se les hizo su evaluación y terminó su tratamiento.

Los datos que se tomaron fueron sociodemográficos, del Cuestionario de Entrevista Inicial realizado por Sobell L. Y Sobell M.; este instrumento se aplicó en la Evaluación Inicial. Como instrumentos de aquellos pacientes que terminaron su tratamiento se obtuvieron los datos de beneficios y costos de continuar consumiendo excesivamente, establecimiento de metas, importancia de la meta y confianza en lograr la meta. Los resultados muestran que los sujetos son los que tienen mayor puntaje en la confianza de costos y beneficios de continuar consumiendo y una mayor importancia de la meta que el grupo que terminó su tratamiento. Estos resultados, me llevaron a recomendar incluir en el tratamiento elementos motivacionales que permitan que los individuos permanezcan y terminen un tratamiento. Para terminar la tesis se hace una propuesta de sustento motivacional.

## INTRODUCCION

El consumo de alcohol es parte de un proceso global que implica el desarrollo de actividades como economía, política del alcohol, el consumo moderado, la vida social, la normatividad cultural sobre lo adecuado o inadecuado de la ingestión, las razones para beber y para no beber, la morbi-mortalidad por alcohol, la percepción social, la conceptualización y la política que el sector salud y la sociedad civil tienen sobre la ingestión alcohólica.

Por mucho tiempo el abuso en el consumo de alcohol ha sido un problema que afecta a un porcentaje considerable de la población de cualquier país y en México el número de personas que consume alcohol ha incrementado. A partir de 1960 tanto en países industrializados como en las naciones en desarrollo, el consumo de alcohol per capita ha aumentado en forma notable y se ha extendido entre las mujeres y los jóvenes. En 1975, y nuevamente en 1979 la Organización Mundial de la Salud dió la voz de alarma y reconoció que los problemas relacionados con el abuso de bebidas alcohólicas representa uno de los mayores retos para la salud pública en el mundo, ciertamente lo es en nuestro país (Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, 1992-1994).

La encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 1993 reporta que dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores, lo que permite estimar que existe poco más de 28 millones de individuos catalogados como tales. De ellos, el 53.7% están entre los 12 y los 18 años y el 70.1% pertenecen al intervalo de 16 a 65 años. Con respecto al género, se encontraron marcadas diferencias, en la población masculina el índice de consumo es de 77.2%, mientras que la población femenina se reduce al 57.5%. De esta población que consume existe un porcentaje que no puede controlar su ingesta, ya 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 millones de bebedores toman hasta la ebriedad. De ellos el 7% son menores de 18 años y el 92.4% son adultos. Y el género masculino representa el 88.9% de la población que llega a la embriaguez.

Por tal motivo han surgido muchos tratamientos dedicados a combatir este problema, por ejemplo: Alcohólicos Anónimos que es un grupo de autoayuda donde no existe personal terapéutico capacitado para dirigir los grupos y en donde las reglas de tratamiento son acatadas por el paciente, es decir, él se ajusta a las características del tratamiento, lo cuál es el principal problema de este tipo de programas puesto que no se realiza una evaluación que anteceda al tratamiento en donde se toman en cuenta las características individuales de los pacientes.

El uso de psicoterapias individuales y de grupo con un énfasis en el insight como base del proceso terapéutico, fueron y son la estrategia de intervención más usuales utilizadas con alcohólicos y bebedores problema, (Ayala, Gutiérrez, 1993). Goldstein y Stein (1976) reportaron resultados positivos con un grupo de alcohólicos a través de la terapia psicoanalíticamente orientada. Por otra parte, Baekeland, Lundwall y Kissin (1975)

encontraron que el 15% de los sujetos que acudieron a terapia un grupo bajo esta aproximación logro la abstinencia y el 47% de los casos se consiguió reducción en el consumo.

Las investigaciones han dedicado considerable atención al rol que tienen las expectativas hacia el consumo de alcohol, son conceptualizadas como representaciones cognitivas de las experiencias pasadas con aprendizaje directo o indirecto hacia la bebida, representaciones que son asumidas como influencia anticipada de los resultados observados del uso de alcohol.

El aprendizaje ocurre al experimentar los efectos de la conducta o el repetido apareamiento del estímulo y la respuesta. Un individuo es tanto un agente como un receptor de los patrones de conducta, que interactúan en el ambiente con un número de capacidades básicas cognoscitivas individuales. Estas capacidades son: la capacidad de simbolización, se refiere al aprendizaje que es la capacidad de los individuos para desarrollar modelos cognoscitivos de experiencias que sirven como guías para tomar decisiones que permiten proyectar el curso de la acción y fijarse metas. La habilidad vicaria asume que ocurre por la observación de la conducta de otras personas y las consecuencias de éstas. La capacidad autorregulatoria se refiere el aprendizaje a la capacidad de regular la conducta a través de patrones internos y reacciones autoevaluativas. Finalmente la capacidad autoreflexiva se refiere a la capacidad humana para reflejar sus pensamientos y monitorear sus ideas.

Por último hablaremos de la influencia de la motivación y las expectativas del cliente sobre la deserción, Miller (1985) encontró que frecuentemente la motivación esta asociada a la deserción del tratamiento, sin embargo, dice que los terapeutas dan poca posibilidad de que la motivación aumente, ya que ellos se predisponen a que el alcohólico tiene poca motivación. Baekland y Lundwall plantean que las actitudes negativas o ambivalentes respecto al tratamiento y la baja motivación están asociadas a la deserción lo cual fue basado en impresiones médicas y no en algo científico. Investigaciones más recientes han demostrado que la opinión del terapeuta sobre el nivel de motivación del paciente está asociado frecuentemente con la permanencia en el tratamiento (Rees, 1985; Wheeler et al., 1984) pero no siempre ocurre así (Verinis, 1986). La motivación es entonces la probabilidad de que una persona inicie, continúe y adquiera una estrategia específica de cambio. La tarea del terapeuta es incrementar la probabilidad de que el usuario siga un curso recomendado de acción hacia el cambio.

A continuación se describe la temática de cada uno de los capítulos que integran esta investigación:

En el capítulo I se hace una revisión de la problemática del abuso del alcohol en México basándose en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 y 1994.

En el capítulo II se revisan las investigaciones de los alcohólicos versus bebedores problema.

En el capítulo III se describen algunos de los tratamientos que existen en México y que presentan atención al problema de consumo de alcohol.

En el capítulo IV se presentan los principios teóricos de la teoría del aprendizaje social.

En el capítulo V se describe el tratamiento de auto-control dirigido para bebedores problema.

En el capítulo VI se menciona la adherencia terapéutica, por lo cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta y logra terminar su tratamiento.

En el capítulo VII se describe el procedimiento metodológico empleado en la investigación.

En el capítulo VIII es la presentación de los resultados encontrados en la comparación de los grupos: terminaron y no terminaron el tratamiento.

En el capítulo IX se presenta la discusión y conclusiones de la investigación.

# CAPITULO I

## EPIDEMIOLOGÍA

El consumo de bebidas alcohólicas es parte de un proceso global que implica el desarrollo de actividades como la economía, política, la vida social alrededor del mismo, la normatividad cultural sobre lo adecuado o inadecuado de la ingestión, las razones para beber y para no beber, los bebedores problema, las consecuencias derivadas del beber, la morbi-mortalidad por alcohol, la percepción social, la conceptualización y las políticas que el sector salud y la sociedad civil tienen sobre la ingestión alcohólica.

A todo este complejo proceso se puede definir como la alcoholización de una sociedad, hecho que va de lo individual a lo social, por lo que es imposible aislar sus componentes. Los bebedores son solo la punta del iceberg de la alcoholización de una sociedad, sustentado no sólo por los consumidores de baja frecuencia, sino por toda sociedad que normaliza el consumo, lo promueve y frecuentemente presiona para que se realice; 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 para iniciar este trabajo, ya que los estudios epidemiológicos no sólo nos informan sobre la frecuencia, la distribución y los patrones de consumo, sino de su relación con las diversas variables sociodemográficas que son sin duda, el alimento de los programas preventivos y lo único que permite identificar, en el marco de nuestra propia realidad, los factores de riesgo que asocian al consumo de alcohol. (Sepúlveda I. Las adicciones. El reto de hoy y del futuro. Al día 4 de octubre de 1994.)

La Encuesta Nacional de Adicciones (1993) distingue nueve patrones de consumo de alcohol:

### **BEBEDORES:**

Individuos que han consumido alcohol en los últimos años, con independencia de cantidad y frecuencia.

### **BEBEDORES CONSUELTUDINARIOS :**

Personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia, y que consumen cinco o más copas por ocasión.

### **BEBEDORES FRECUENTES DE ALTO NIVEL:**

Personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia, y que consumen cinco o más copas por ocasión (por lo menos una vez al año).

### **BEBEDORES FRECUENTES DE BAJO NIVEL:**

Personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que no consumen cinco o más copas (por lo menos una vez al año).

### **BEBEDORES MODERADOS DE BAJO NIVEL:**

Personas que reportan consumir de una a tres veces al mes o menos de una a tres veces al mes, menos de cinco copas por ocasión.

### **NO BEBEDORES:**

Personas que dicen no haber consumido bebidas alcohólicas.

### **EX BEBEDORES:**

Los que habiendo consumido en cualquier cantidad y frecuencia no lo han hecho en los últimos dos años.

El síndrome de dependencia del alcohol (SDA) fue propuesto por Edwards y Gross (1976)<sup>1</sup>. Sus características incluyen distintos tipos de cambios de conducta subjetivos y psicobiológicos, que se caracterizan principalmente por la falta de control sobre la ingestión de la sustancia.

Los conceptos fundamentales en que se basa esta definición de dependencia son los siguientes:

- a) El síndrome puede ser reconocido por una serie de elementos que tienen que estar en todos los casos, ni presentarse en el mismo grado.
- b) El síndrome puede manifestarse con diferentes grados de intensidad.
- c) Introduce un concepto bi-axial: El síndrome de dependencia constituye un eje, mientras que el otro está formado por los problemas relacionados con el consumo.

Los indicadores de dependencia, incluyen compulsión de uso, incapacidad de control, abstinencia, uso para aliviar abstinencia, tolerancia, reducción del repertorio conductual, abandono de actividades y placeres alternativos por el consumo de alcohol, persistencia del abuso a pesar de consecuencias dañinas y reinstalación rápida del síndrome después de un período de abstinencia. se considera que haya dependencia cuando se encuentran presentes por lo menos tres de estos elementos en un período de 12 meses.

**Persistencia del abuso a pesar de consecuencias dañinas:** uso continuo de la sustancia, a pesar de saber que se tiene un problema social, psicológico o físico recurrente que es causado por el uso de la sustancia.

---

<sup>1</sup> Edwards, E. Y M.M. Gross, "Alcohol Dependence: Provisional Description of a Clinical Syndrome", WHO Technical report. 1, pp. 1058-1061, 1976.

**Tolerancia:** necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado o disminución notable del efecto, utilizando de forma regular la misma cantidad de alcohol.

**Abstinencia:** estado fisiológico dado por la falta de bebidas alcohólicas, cuyos síntomas (temblor matutino, malestar aliviado por la bebida) se presentan después de abandonar o reducir el consumo.

**Consumo para aliviar la abstinencia:** uso de la sustancia con la intención de aliviar los síntomas de abstinencia y con la conciencia de que esta estrategia es efectiva.

**Reducción del repertorio conductual:** cambios en los hábitos de consumo; toma siempre igual sin importar si es entre semana, fin de semana o en una fiesta.

**Incapacidad de control:** conciencia subjetiva del deterioro en la capacidad de controlar la conducta de uso de la sustancia, ya sea en cuanto al inicio, la terminación o los niveles de uso.

**Compulsión de uso:** fuerte deseo o sensación de necesidad de tomar alcohol.

La última Encuesta Nacional de Salud realizada durante 1993, presenta información sobre las entrevistas realizadas a 20,243 y la distribución por sexo correspondió al 45.5% para el grupo masculino y 54.5% para el femenino. Es decir se entrevistaron 9% más mujeres que hombres, por lo tanto, se tiene en la encuesta de manera general un índice mayor de feminidad. En cuanto a la edad, el grupo de jóvenes (12 - 18 años) estuvo formado por el 31.7% de la muestra; el resto se distribuyó en los grupos de entre 1 y 65 años de edad.

La distribución porcentual de los diferentes patrones de consumo, muestran como dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores, lo que permite estimar que existen poco o más de 28 millones de individuos catalogados como tales. De ellos, 53.7% estén entre los 12 y 18 años y el 70.1% pertenecen al intervalo de 19 a 65 años. El 25% reportó ser no bebedor y menor del 10% se manifestaron como ex-bebedores.

Al parecer las prevalencias de bebedores a nivel nacional y en cada una de las 8 regiones, se destaca que la prevalencia de bebedores (es decir aquellos que consumieron durante los dos últimos 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 conurbana (73.4%); y en la región centro (Hidalgo, Guanajuato, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala) con un 69%

El menor índice se presentó en la región nor-oriental (San Luis Potosí, Nuevo León y Tamaulipas), con una frecuencia de bebedores del 54.4%, lo que implica que casi la mitad de la población de esta región, no bebió durante los dos últimos años.

Es de tomar en cuenta que en el grupo de bebedores se ubica más de la mitad de los adolescentes (53.7%). Es decir, poco más de cinco millones de jóvenes a nivel nacional ingirieron bebidas alcohólicas, durante los dos últimos años, un 43.3% nunca consumió alcohol y alrededor del 3% se clasificó como ex-bebedores.

Con respecto al sexo, no parece haber diferencias en la distribución de bebedores: 59.2% son varones y el resto mujeres. Sin embargo, al realizar un análisis intragénero, se muestra que de todas las mujeres entrevistadas 33.6% nunca han consumido bebidas alcohólicas, mientras que del total de hombres sólo el 15.6% no lo han hecho.

El estado civil no se presenta como una variable que, de manera aislada, puede marcar notables diferencias en cuanto al grupo de bebedores. Más de las dos terceras partes de los casados (as) y proporciones similares en los (as) separados (as) consumieron alcohol en los 2 últimos años. Casi el 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 porción 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% de los que no tienen educación formal se definieron como no bebedores.

Los nunca bebedores empleados y desempleados presentaron porcentajes 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 encuentra entre los estudiantes (35.3) y aquellos (as) que se dedican al hogar, vinculado a edad y sexo.

La prevalencia más alta de ex-bebedores se encuentra entre los desempleados (15.4%), mientras que entre los empleados sólo un 7.5% de personas han dejado de tomar.

La frecuencia total de dependientes fue el 9.4%, es decir, poco más de 3,000,000 de personas de edad adulta presentaron 3 o más síntomas considerados como indicadores de dependencia al alcohol. 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 nor-occidental (11.2%) como el Distrito Federal y el área metropolitana (10.4%) se encuentra por arriba de la media nacional (9.4%). La región con menor índice de prevalencia fue la occidental con 7.1%.

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 cinco 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 cinco o más copas por ocasión en el último año presentaron uno o más problemas derivados de su consumo. Cabe destacar que aproximadamente una quinta parte son problemas que implican violencia. Esto confirma hallazgos de estudios cualitativos, en los que se demuestra que la embriaguez está asociada a la violencia familiar, riñas en las calles y 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 (84%), con la policía (4.6%) y en bares (2.6%)<sup>2</sup>.

Hombres y mujeres muestran similitud en los porcentajes de edades de inicio (15 a 18 y 19 a 23 años). Sin embargo, existen más hombres y mujeres con inicio temprano (11 a 14 años y menos).

Con el desarrollo social, económico y poblacional de México las ciudades se han transformado en conglomerados más complejos; en consecuencia, aquellos problemas relacionados con el uso de bebidas alcohólicas, tabaco y otras drogas lícitas e ilícitas, también se han incrementado, colocándose entre las principales causas de mortalidad y morbilidad.

La epidemiología del consumo de alcohol es un asunto central en México porque éste constituye el principal problema de adicción. Se han llevado a cabo diversas investigaciones en nuestro país; de estas, sobresalen algunas, sea por la introducción de nuevos conceptos, metodología y alcances, sea por su nivel de análisis.

De los primeros estudios publicados en este campo destaca la revisión de Cabildo en 1967, donde se analizaron tres trabajos sobre los problemas asociados al consumo de alcohol. Dos de estas investigaciones comunicaron una prevalencia de alcoholismo de 0.7%. Cabe señalar que en ese momento las definiciones eran muy estrictas y se encaminaban exclusivamente a tratar de identificar a los individuos alcohólicos.

---

<sup>2</sup> Encuesta Nacional de Adicciones. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1993.

Después de esa primera etapa de estudios sobre el consumo de alcohol se han propuesto nuevas definiciones de los consumidores, y en consecuencia la investigación ha tomado un nuevo giro; así, en el estudio de Cabildo realizado en 1969 en una población del norte de la ciudad de México, 46% de los hombres y 19% de las mujeres fueron clasificados como bebedores moderados, en tanto que 12.5% de los individuos del sexo masculino fueron definidos como bebedores excesivos, y 11.7% como alcohólicos.

Otro avance en el campo de estas investigaciones tuvo lugar en 1974 con la realización de los estudios comparativos en San Luis Potosí, Monterrey, La Paz, Mexicali y el Distrito Federal, donde se investigó el comportamiento del uso y abuso del alcohol entre la población mayor de 14 años. En estos estudios se observó que la proporción de hombres abstemios (personas que informaron no haber consumido alcohol los 12 meses anteriores al estudio) variaron desde 15% en Monterrey hasta 30% en La Paz; en el caso de las mujeres los porcentajes variaron de 49% en el Distrito Federal hasta 58% nuevamente en la Paz.

De los bebedores consuetudinarios a quienes se definió como aquellas personas que refirieron haber bebido tres veces o más al día, o una vez al mes, pero cinco o más copas cada vez, los porcentajes obtenidos en las diferentes ciudades presentaron también variaciones. La prevalencia de hombres clasificados como bebedores consuetudinarios fueron mayores en Monterrey y Mexicali, con 36%, y la menor prevalencia en el Distrito Federal con 12%. Entre el sexo femenino estas cifras se ven sensiblemente reducidas, de manera que el mayor porcentaje es el de La Paz y Monterrey, con 8%, y el menor es el del Distrito Federal con 1%.

A partir de los resultados de estas investigaciones, se empezaron a vislumbrar las 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 del alcohol, en 1979 México participó en una investigación de la Organización mundial de la Salud (OMS) en la que por primera vez se abordaron aspectos de frecuencia y cantidad relacionados con problemas asociados a la bebida incluyéndose a los bebedores consuetudinarios y a los bebedores frecuentes. El estudio sólo comprendió habitantes de una zona urbana y otra rural, ambas del sur de la ciudad de México, donde la prevalencia de abstemios en las dos zonas fue de 67%, cifra similar a la encontrada en otros estudios. De la misma manera, 85% de los hombres notificaron haber consumido bebidas alcohólicas los doce meses previos al estudio. Esta cifra se redujo para las mujeres a 48% y tan sólo 5% de éstas comunicaron haber consumido bebidas alcohólicas por lo menos dos veces al mes, en comparación con 37% de los hombres.

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 a 27.6% de los encuestados; como bebedores ocasionales a 45.6% y bebedores habituales a 27.7%. De los hombres, 22.4% refirieron no consumir alcohol, duplicándose prácticamente esta cifra en las mujeres (41.8%); de los bebedores habituales, 11.9% son mujeres y 32.5% son hombres. Llama la atención que 32.5% de los

entrevistados inició la ingestión de bebidas alcohólicas entre los 16 y 18 años, y 313.6% entre los 19 y 21 años; y hay que destacar que en estas últimas edades se concentró más de 60% de los entrevistados, lo que sugiere el inicio del uso y abuso del alcohol a edades muy tempranas.

En 1983, el Instituto Mexicano de Psiquiatría realizó una investigación entre estudiantes de enseñanza media y superior del Distrito Federal. De ellos, 39% se clasificaron como usuarios leves, y 8 % como usuarios altos, considerándose a estos últimos como aquellos que comunicaron consumir más de 200 ml. de alcohol en cada ocasión; esta información es relevante, pues la edad de la población entrevistada fluctuaba entre los 14 y 18 años. Un dato significativo fue que 22.4% de estos usuarios refirieron haber tenido problemas asociados al patrón de consumo, como embriagarse los fines de semana, beber antes del desayuno, y el deseo frustrado de beber menos alcohol.

En 1985, Medina-Mora y cols. (1986) en coordinación con investigadores del Instituto – Nacional de Abuso 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 indicaron que 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).

Al comparar los resultados de este estudio con la información de la población mexicano-americana, el índice de bebedores frecuentes denominados de alto nivel y bebedores consuetudinarios es mayor entre la población mexicano-americana que en la mexicana. De la Población femenina llama la atención la disminución considerable de la proporción de abstemias. Otro hecho interesante es que aquellos patrones de bajo nivel son muy similares, lo que hace suponer que los hombres mexicanos conservan la costumbre de ingerir grandes cantidades en cada ocasión de consumo, pero además adoptan un patrón más frecuente, característico de la población estadounidense. Este estudio señaló también que los hombres mexicano-americanos con bajos índices de aculturación tienen actitudes más parecidas a los hombres en México que los grupos más aculturados.

Ese mismo año, Mas y cols. (1986) realizaron un estudio retrospectivo en cuatro 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 encontraron bajo los influjos de bebidas alcohólicas.

La ENA (Tapia y Conyer, 1990) estimó que 27.6% de la población entre los 12 y 17 años consume bebidas alcohólicas cifra que casi se duplica en el grupo de 18 a 65 años con 53.5%. Al analizar cifras según 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 elevado al número de consumidores masculinos ( 73.4%), y en las mujeres es de 1.5 veces mayor con 36.5%.

En la ENA también se analizó la intensidad del consumo de alcohol, considerada como patrones de consumo en una escala de 7 niveles de frecuencia, entre los que se ubican desde bebedores consuetudinarios definiéndolos como aquellos que lo consumen una vez por semana o más y por lo menos ingieren 5 copas o más en cada ocasión, hasta los abstemios considerados como los que no consumen bebidas alcohólicas o lo hacen menos de una vez al año.

La población abstemia dentro del grupo de 18 a 65 años representó 46.5%. Según el sexo, 26.6% fueron hombres y 63.5% fueron mujeres. Dentro de la categoría de bebedores frecuentes se encontró que 31.1% eran hombres y 5% eran mujeres.

Cuando la información sobre los patrones de consumo se analiza por grupos de edad, se observa que 19.4% de los individuos entre los 30 y 39 años son bebedores frecuentes; conservando prácticamente la misma proporción en el siguiente grupo de edad (de 40 a 49 años), con 19.3%. Es en este grupo de edad donde se concentra el mayor porcentaje de hombres que son bebedores frecuentes (36.3 y 33.9%), a diferencia de las mujeres con hábitos de consumo frecuentes, entre las que el grupo de edad con mayor representatividad corresponde al de 40 a 49 años, con 7.3%.

La ENA también permite conocer la proporción de individuos dependientes del alcohol, que se definieron teniendo en cuenta si presentaban tres o más de los siguientes factores: compulsión de uso, incapacidad para el control síndrome de abstinencia, uso de bebidas alcohólicas para aliviar la abstinencia, tolerancia reducción del repertorio conductual, abandono de actividades y placeres alternativos por el uso del alcohol, persistencia del abuso a pesar de sufrir consecuencias dañinas y recurrencia rápida del síndrome después de un periodo de abstinencia, con esto se amplió el panorama epidemiológico de los patrones de consumo y se conoció la proporción de individuos dependientes. De la población urbana entre 18 y 65 años, 5.9 cumplieron con el criterio de dependencia del alcohol; en los hombres esta proporción alcanzó 12.5% en tanto que las mujeres la proporción fue de sólo 0.6%.

Por grupos de edad, la población masculina entre los 18 y 29 años fue la que presentó mayor prevalencia de dependencia al alcohol (13.6%), el grupo de 50 a 65 años entre las mujeres fue el más afectado, con una prevalencia de 0.9%.

Además de las variables antes consideradas la ENA proporcionó información sobre la relación entre los años de escolaridad y la dependencia al alcohol; así, se encontró una relación inversamente proporcional a los años cursados, de modo que la población con menos de 6 años de escolaridad representó 6.7% al contrario de la que señaló tener 13 o más años cursados cuya prevalencia fue de 2.8%.

Por estar dividida la cobertura de la ENA en 7 regiones se pudieron estudiar las diferencias regionales existentes sobre el consumo de alcohol. Así se observó que la región centro (Guanajuato, Hidalgo, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala) radica el mayor porcentaje de abstemios y que en el Distrito Federal es donde menos abstemios hay. Por lo

que toca a los bebedores consuetudinarios, una cuarta parte de ellos (24.1%) radican en las regiones de la frontera norte del país; también se observó que 10.5% de los bebedores reunieron los criterios de dependencia al alcohol. Un hallazgo interesante de la ENA es que si bien en la región centro se encontró que la mayor parte de la población era abstemia, también se observó el otro extremo: 7.2% de los bebedores dependientes. De acuerdo con la ENA uno de cada ocho adultos cuya edad rebasan los 24 años de edad, presentó problemas en su forma de beber: 16% estuvieron implicados en accidentes o hechos violentos, 15% señalaron haber presentado problemas familiares, y 12.4% problemas de salud.

La ENA estudió a la población femenina en edad reproductiva, con el propósito de conocer el consumo de alcohol durante el último embarazo y la lactancia. El 16.8% refirió consumo de bebidas alcohólicas durante su última gestación, 8% bebieron de acuerdo con su patrón habitual, y 5.7% lo disminuyeron. De las que amamantaron a su último hijo, 7.4% consumieron bebidas alcohólicas, siendo la cerveza la bebida de más preferencia (71%), seguida del pulque (12%) y los destilados (11.6).

Durante 1991, El Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública llevaron a cabo la Encuesta Nacional del Uso de Drogas en la Comunidad Escolar. Se reportan los resultados obtenidos en los estados de Baja California, Tamaulipas, Chiapas, Oaxaca, Jalisco y el Distrito Federal. Se encontró que el consumo de tabaco y alcohol son los problemas más importantes de la comunidad estudiantil. El índice que comunicó haberse embriagado por lo menos una vez por mes osciló entre 6 y 15%, lo cual refleja una cifra alarmante, pues alrededor de 15% de los estudiantes encuestados eran menores de 18 años, es decir, que aún no cumplían la edad reglamentaria para adquirir legalmente bebidas alcohólicas.

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 (44%), 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 y 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 alguna otra sustancia adictiva, en tanto que en 1991

esta proporción fue de 15.7%, siendo el alcohol la única droga común dada. 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 del 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 100000 habitantes.

Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Información (INEGI) señala que en todo el país la tasa de mortalidad y de participación relativa en las defunciones por alcoholismo y afecciones relacionadas con el alcohol, en 1990, fue de 517.4 casos por cada 10 000 habitantes; la tasa de alcoholismo de 3.14; las muertes por congestión alcohólica, de 2.15; y las debidas a cirrosis hepática alcohólica de 11.7; esta última sufrió un incremento, si se compara con la tasa registrada en 1988, que fue de 10.5 casos por cada 100 000 habitantes.

El SISVEA también recaba información sobre consumo de alcohol entre aquellos individuos que acuden a los Centros de Integración Juvenil (CIJ); de éstos 17.4% tiene problemas con esta adicción. El alcohol es una de las principales drogas entre los farmacodependientes usuarios de los CIJ. Esta sustancia ocupa, en combinación con la marihuana, los primeros lugares como segunda droga de elección entre la población que inicio su adicción con inhalantes.

De acuerdo con la segunda estrategia del SISVEA (puestos centinelas), se han podido conocer algunos aspectos relevantes de los usuarios de sustancias adictivas y los riesgos que llevan a solicitar atención al servicio médico. De todas las personas que refirieron consumo de alguna sustancia adictiva en los servicios de atención primaria, 6% ingieren bebidas alcohólicas frecuentemente. El riesgo de cirrosis o gastritis es dos veces mayor entre la población atendida en las unidades de atención primaria que informa consumo frecuente de bebidas alcohólicas.

En lo que se refiere a los servicios de urgencias, los motivos de consulta asociados a conducta adictiva fueron accidentes y violencias en 74.6 % de los casos y padecimientos médicos en sólo 24.4%. En la población atendida en estos servicios se encontró que el riesgo de acudir a una consulta por intoxicación fue casi cuatro veces mayor entre los que consumen sustancias adictivas, en especial alcohol. El riesgo de requerir una consulta por un padecimiento gastrointestinal es casi del doble en la población adicta.

Cuando la consulta es por accidentes y violencias el riesgo para aquellos que consumen alcohol y tabaco es 16 veces mayor. Al analizar el consumo de sustancias adictivas como riesgo para sufrir una herida punzocortante y por arma de fuego, la probabilidad se incrementa hasta 70 veces más entre quienes consumen alcohol con frecuencia, comparados con los que no notificaron su uso. El estudio sistemático del uso y abuso de alcohol en México revela que su prevalencia no se ha modificado; es decir, los patrones de

consumo de la población no han cedido. La mayor proporción de personas afectadas está entre los jóvenes, en especial los hombres, pues el inicio del consumo es a temprana edad. Sin embargo, del grupo de bebedores dependientes, los más afectados son aquellos en la etapa productiva y con baja escolaridad. Las mujeres no escapan al problema, pero en ellas su condición por se tiene mayor influencia en la manera de consumir alcohol que la edad.

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 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 este implicado de forma directa o indirecta en homicidios, violencias y accidentes, además de sus repercusiones orgánicas y sociales.(24)

A continuación presentamos una revisión de los programas que en nuestro país se llevan a cabo para luchar contra el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y lograr una disminución de los riesgos asociados a esta forma de consumo y dar respuesta a las necesidades de prevención, atención, investigación, tratamiento y rehabilitación.

En lo que se refiere al área de **Prevención**, la Secretaría de Salud (SSA) a través de las Direcciones Generales de Fomento para la Salud y de Regularización de los Servicios de Salud cumplen funciones de normatividad y apoyo, donde sus objetivos son: sensibilizar, informar, orientar y capacitar. En la Secretaría de Educación Pública (SEP) por medio de la Dirección General de Educación Extraescolar inició el diseño del programa educativo de prevención contra las adicciones. El Instituto Mexicano del Seguro Social incrementa el nivel de salud, disminuye los riesgos para prevenir los daños. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia tiene a su cargo la coordinación de las acciones de prevención y a través del programa DIA previene y atiende las necesidades de los adolescentes.

Con respecto al área de **Atención**, la Secretaría de Salud proporciona un tipo de atención que se ofrece a las unidades de atención, por lo general, se limita a la desintoxicación y al tratamiento de complicaciones médicas. El Instituto Mexicano del Seguro Social otorga atención médica integral.

En cuanto a la **Investigación y la Enseñanza**, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología se encarga de organizar y coordinar a las instituciones vinculadas al problema para obtener, procesar y generar información epidemiológica. La Secretaría de Educación Pública por medio de la dirección general de Educación Extraescolar capacita a agentes educativos con el objetivo de proporcionar conocimientos técnico-científicos para que gestionen acciones sociales de prevención. La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) envía al personal académico a tomar cursos sobre problemas relacionados con las adicciones. El Centro de Estudios sobre el Alcohol y Alcoholismo ha realizado varias publicaciones y algunas investigaciones sociales y

científicas. La Fundación de Investigaciones Sociales realiza actividades de investigación y ha publicado dos obras.

Y en lo que se refiere al **Tratamiento**, de los bebedores excesivos, la Secretaría de Salud a través del Instituto Mexicano de Psiquiatría cuenta con un Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares. (CAAF). La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en la Facultad de Medicina, en el Departamento de Salud Mental cuenta con una clínica de Depresión y se brinda Psicoterapia de Grupos a alcohólicos y farmacodependientes.

El bebedor problema es aquella persona que tienen problemas por su consumo pero no ha experimentado los síntomas graves de la abstinencia. La frecuencia de los bebedores problema se presenta en un número superior al de bebedores con dependencia severa en una tasa que va de 3 a 1, hasta casi 7 a 1.<sup>3</sup>

Los programas de Tratamiento para esta población no han tenido el éxito deseado ya que utilizan los mismos procedimientos que para los casos más severos, es decir, la meta del tratamiento esta orientada a la abstinencia que al parecer los bebedores problema no estan dispuestos a seguir, pues parecen beneficiarse más con tratamientos breves de consulta externa que con tratamientos intensos y residenciales.

Las personas que abandonan un tratamiento de abuso de sustancias son una fuente de frustración para el área clínica; además de que constituye un mayor gasto para tratamientos organizados. Por otro lado parecería obvio, pero no se puede asumir que los desertores tengan peores resultados que gente que continúa o bien que concluye un tratamiento. En una revisión de la literatura sobre Psicoterapia, Ortinsky y Howard (1986) concluyeron que la mejoría en la psicoterapia es proporcionalmente más grande en aquellos pacientes que acuden sólo a sesiones iniciales pues aprovechan al máximo estas, y es tal vez por esto que muchos desertores de la Psicoterapia reportan poca necesidad de servicios adicionales (Pekarik, 1983b) o bien en su defecto expresan satisfacción respecto a los servicios que recibieron.

Por otro lado existen factores sociales que parecen estar asociados a la deserción, esto es, Baekeland y Lundwall (1975) determinaron que los clientes que están aislados socialmente, es decir, que son solteros y que no tienen una estabilidad ocupacional están más propensos a desertar. Otro factor que influye es el estatus socioeconómico, Baekeland y Lundwall definieron a éste como el nivel educativo, el sueldo que percibe y el estatus ocupacional que tiene el cliente; determinaron así que una posición más baja de clase social estaba relacionada con la deserción, recientes estudios ponen en evidencia dicha conclusión (Garfield, 1986).

Por último hablaremos de la influencia de la motivación y las expectativas del cliente sobre la deserción, Miller (1985) encontró que frecuentemente la motivación esta asociada a la

---

<sup>3</sup> Ayala, H. Gutiérrez, M. "Una Revisión de Programas de Tratamiento para el consumo excesivo de Alcohol". CONADIC, 1993.

deserción del tratamiento, sin embargo, dice que los terapeutas dan poca posibilidad de que la motivación aumente, ya que ellos se predisponen a que el alcohólico tiene poca motivación. Baekeland y Lundwall plantean que las actitudes negativas o ambivalentes respecto al tratamiento y la baja motivación están asociadas a la deserción lo cual fue basado en impresiones médicas y no en algo científico. Investigaciones más recientes han demostrado que la opinión del terapeuta sobre el nivel de motivación del paciente esta asociado frecuentemente con la permanencia en el tratamiento. (Rees, 1985; Wheeler et al., 1984) pero no siempre ocurre así (Verinis, 1986).

## CAPITULO II

### ALCOHÓLICOS VS. BEBEDORES PROBLEMA

El Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAA) divide a los bebedores en tres grupos:

- a) Personas que beben moderadamente.
- b) Bebedores problema no dependientes que tienen dificultades secundarias con el consumo de alcohol.
- c) Personas dependientes de alcohol, que sufren del síndrome o dependencia al alcohol.

Los individuos son caracterizados por: tolerancia, dependencia física, control deteriorado para regular la bebida y malestar por la abstinencia o por el deseo de necesidad.

Cuando nos referimos a alcohólicos crónicos, nos referimos a la imagen estereotípica del alcohólico: la imagen a menudo, representada en la medida. Los alcohólicos crónicos son individuos quienes su vida está centrada en procurar y consumir alcohol y quienes al dejar de beber, sufren de consecuencias severas (ejem. temblores severos, alucinaciones, agotamiento, delirium tremens).

Thorley sugiere que se distinguen tres tipos de problemas de alcohol: la primera categoría involucra problemas relacionados con intoxicación aguda (ejem. daños accidentales, arrestos por conducir borracho, peleas etc.). La segunda categoría incluye problemas relacionados con la bebida excesiva regular. Aunque tales problemas a menudo, involucran consecuencias en la salud (ejem. cirrosis) u otras consecuencias (ejem. fianzas, maritales, etc.). Esto ocurre en individuos que rara vez están borrachos y que no son físicamente dependientes al alcohol. La última categoría consiste en problemas relacionados con la dependencia, incluyendo la manifestación de síntomas de abandono ante la suspensión de la bebida y las consecuencias relacionadas con períodos prolongados de intoxicación. Los bebedores problema a menudo sufren durante mucho tiempo por problemas relacionados con la intoxicación.

Su forma de beber está típicamente caracterizada por rasgos tales como una búsqueda compulsiva de alcohol, el consumo diario o los altos niveles de alcohol en la sangre por períodos de tiempo prolongados.

Los problemas de los bebedores problema están más relacionados con episodios de consumo que tienen a la mano, que con consecuencias de la borrachera y reconocer que algunas veces consumen más alcohol de lo que planean.

La diferencia existe entre las personas que tienen síntomas de retiro severo y aquellas que no lo tienen, es que estos últimos presentan problemas claramente identificables con el uso de alcohol pero no son severamente dependientes y son referidas como bebedores problema. (Sobell & Sobell 1987).

Los bebedores problema tienden a ser individuos ingeniosos que pueden asumir responsabilidad considerable por ellos mismos. El tratamiento de auto-manejo puede verse como una auto-ayuda, donde la gente se ayuda para entender su problema y para formular su propio tratamiento para conseguir el éxito.

De la investigación de tratamientos que han evaluado tratamientos para bebedores problema, muchos han usado los procedimientos del auto-ayuda. Miller y sus colegas dirigieron varios estudios usando procedimientos que ellos refieren como un entrenamiento de auto-control conductual.

Hester y Miller describieron el entrenamiento conductual de auto-control como un involucramiento de "establecimiento de objetivos, auto-monitoreo, cambios específicos en la conducta de beber, recompensas por el logro de objetivos, análisis funcional de situaciones de bebida y el aprendizaje de habilidades alternativas de enfrentamiento". Una característica clave es que el cliente es responsable de tomar decisiones significantes acerca del tratamiento. Estas series de estudios no han encontrado diferencias en los resultados entre tratamientos individuales asistidos por un terapeuta y los grupales. También el tratamiento auto-dirigido no difirió significativamente de los resultados del tratamiento dirigido por un terapeuta.

Sánchez-Craig, Annis, Bornet y MacDonald evaluaron un tratamiento cognitivo conductual para bebedores problema en un estudio en el cual compararon la abstinencia y la moderación (ejem. bebida controlada) y los objetivos del tratamiento; la única diferencia entre los tratamientos fue que los bebedores problema con el objetivo de moderación recibieron asesoramiento de como regular su consumo.

Los bebedores problema parecen beneficiarse menos con tratamientos intensos y residenciales. Por otro lado, estos se interesan en la moderación del consumo más que en la abstinencia, sin importar los procedimientos que se llevan a cabo durante el tratamiento (Cárdenas y Cols 1991).

Pocos expertos usan el término bebedores problema. En las clasificaciones internacionales y en la de la American Psychiatric Association (DSM-III-R), la más utilizada, no existe una categoría con ese nombre. Nadie niega la necesidad de buscar definiciones para los estados previos al alcoholismo, término que también resulta impreciso, al grado de que algunos autores prefieren englobar todas las formas de consumo peligroso de alcohol en la calificación conductas alcohólicas. El hecho, sin embargo, es que expresiones como alcoholismo y bebedor problema se usan desde hace muchos años, y por sí solas dan una idea más o menos clara, compartida con expertos y legos, de lo que queremos manifestar. Es importante, para empezar. Señalar que no es fácil delimitar lingüísticamente lo que es,

por un lado, una forma de beber nociva para el futuro individual del bebedor, y, por otro, la noción de dependencia, que constituye un cuadro más identificable desde el punto de vista clínico.

Si dejamos de lado el sentido más estricto del concepto de alcoholismo, en tanto constituye una verdadera adicción (sinónimo de dependencia), los llamados bebedores problema estarían en una franja que abarca un mayor número de formas de consumo de alcohol. Estas se caracterizan por que han llevado al bebedor a un punto impenetrable, por los argumentos que generalmente influyen para modificar el comportamiento: los problemas que ya produce una forma de beber excesiva, los trastornos de la salud para el futuro mediano e inmediato, las consecuencias económicas, familiares, laborales, etc., en fin, todas aquellas explicaciones que el sentido común y la racionalidad aconsejan para abandonar una conducta peligrosa.

Diríamos que el término bebedor problema es el equivalente, en el lenguaje común, al de bebedor excesivo, más usado por los expertos, ¿Cual sería una cantidad excesiva de alcohol? Según Marconi puede hablarse de un exceso cuando la ingestión de alcohol representa más de 20% de la ración calórica cotidiana. Esta fórmula tiene la ventaja de referirse a hechos fisiológicos y no a aspectos subjetivos, pero reconozcamos que éstos son importantes, con todo lo que puedan tener de no mensurables. Por experiencia histórica se sabe que no son satisfactorias las definiciones que hacen alusión a las cantidades, tratándose del alcoholismo. Pero, en fin, afirmariamos que el bebedor problema bebe en exceso, lo cual significa que una parte sustancial del aporte calórico de su dieta depende del alcohol etílico que ingieren con regularidad. Pero existen otros datos también significativos:

1. El abuso del alcohol (ésta es otra forma de expresión de beber excesivamente) suele manifestarse en alcoholizaciones agudas repetidas, es decir, en frecuentes estados de ebriedad.
2. Con el tiempo puede ocurrir que la alcoholización repetida no se traduzca en estados de ebriedad reconocible.
3. La vida social y familiar sufre cambios negativos relacionados con la forma de consumir alcohol del bebedor excesivo que estamos caracterizando.
4. La salud necesariamente empieza a verse afectada, aunque de manera muy variable entre los diferentes individuos.

Un enfoque muy interesante para convertirse en bebedor problema, con la posibilidad de llegar al síndrome de dependencia, es la de valorar los cambios que se van produciendo en la conducta, conforme se pasa de un uso integrado del alcohol al del consumo excesivo y después a la verdadera adicción. El doctor G. Edwards ha tratado este asunto en la descripción de lo que llama la carrera del bebedor, comparándola con lo que suele ocurrir en la mayoría de las personas que ingieren alcohol de una manera normal. Estas últimas siguen un patrón de conducta que, arbitrariamente, puede resumirse así, durante la infancia ocurren los primeros contactos con el alcohol ( las "probadas" que el adulto propicia); en la adolescencia se da una fase de

experimentación por cuenta propia, y en la juventud un periodo más o menos prolongado de inestabilidad, que da paso, ya en los años de la madurez, a otro, también duradero, de asentamiento y consumo responsable. En la vejez, por lo general, se da una disminución progresiva de la ingestión de bebidas alcohólicas hasta abatirse prácticamente en la senectud.

Tal es el patrón que ante el alcohol sigue la mayoría de las personas como línea general de comportamiento. Pero desgraciadamente hay otras posibilidades, como la de que, en cualquier momento, se inicie el consumo excesivo y se pase a etapas no previstas, que acaban por conducir a la dependencia. Desde los trabajos de Lundquist, pero sobre todo de Jellinek (1954) sabemos las diferentes fases de este proceso; sin embargo, es necesario precisar dos puntos importantes:

1. No existe nada que pueda llamarse progresión inevitable de una etapa a la otra.
2. En cualquier momento es posible una estabilización prolongada o un regreso a las etapas anteriores.

Lo que nos interesa es la etapa de consumo excesivo, donde se sitúan los bebedores problema, bebedores excesivos o bebedores con incapacidades ligadas al consumo de alcohol. Si se quiere hablar de prevención secundaria efectiva, es en esta fase del proceso donde debemos hacer el diagnóstico oportuno, para favorecer una intervención que evite el paso a la farmacodependencia verdadera. Veremos después qué nos dice la clínica sobre la posibilidad de esa identificación a tiempo, pero podemos adelantar algo que nos resulta de la experiencia: la diferencia entre el bebedor excesivo y el alcohólico radica fundamentalmente en la existencia o la ausencia de los dos hechos más característicos y clínicamente reconocibles del síndrome de dependencia; a saber: la tolerancia y los signos y síntomas de la abstinencia. Todos los demás datos son de difícil valoración, porque se trata de un asunto de grados o niveles en la intensidad con que se presentan. La afectación de la salud física o mental, del bienestar general, de la calidad de las relaciones conyugales, familiares y sociales y de la situación ocupacional y financiera, etc., es un daño que debe considerarse en cada caso, pero no es tan sencillo asignarle su justo valor.

## **IDENTIFICACION OPORTUNA DEL BEBEDOR EXCESIVO.**

Aun antes de exponer lo que los expertos aconsejan para hacer el diagnóstico oportuno del comportamiento peligroso ante el alcohol, diremos algo que, sin alcanzar el valor estadístico necesario, tiene innegable utilidad para estimar el pronóstico. Mas que un conjunto de hechos conocidos por el procedimiento clínico riguroso, es una observación del comportamiento del bebedor. Se han identificado con bastante seguridad tres formas de conducta que en definitiva, indican alto riesgo para el bebedor —si coexisten con un dato subjetivo al que nos referiremos más adelante—, y que son las siguientes:

1. Beber cantidades suficientes de alcohol para alcanzar moderada ebriedad varias veces a la semana. Esta conducta se manifiesta en forma conocida: tomar copas con los amigos a la salida del trabajo, ingerir alcohol por las tardes frente al televisor, reunirse por la noche con familias, amigas, etc.

2. Beber lo necesario para alcanzar el estado de ebriedad una vez a la semana con regularidad. Este comportamiento es propio de los bebedores de fin de semana, que con frecuencia argumentan que "no tienen que levantarse temprano al día siguiente".
3. Beber hasta llegar a la ebriedad completa en una larga jornada de consumo de alcohol, una vez al mes. En esta forma de comportamiento suelen caer las personas que pretenden tomar en uno o dos días "todo lo que dejaron de ingerir en varias semanas".

Para que cualquiera de estas formas de beber se considere peligrosa, es decir, que alcance un alto significado como paso previo al alcoholismo, es necesario que coexista con el siguiente dato subjetivo ya anunciado: que el individuo bebe para contrarrestar la ansiedad o los estados depresivos que le genera su existencia. Es común que lo niegue, pero a veces lo confiesa con expresiones como "beber para olvidar los problemas", "dejar de lado las preocupaciones", "no pensar en los disgustos conyugales o del trabajo", etcétera.

Nos ha parecido interesante describir tales conductas, pues los estudios retrospectivos de las historias clínicas de los alcohólicos señalan que si tienen algún valor pronóstico, Sin embargo esto no niega que existan otros comportamientos que conduzcan al alcoholismo, ni asegura que todas las personas que exhiban cualquiera de los tres descritos caerán inexorablemente en la adicción al alcohol. Son datos útiles por que nos proporcionan un conocimiento valioso. El clínico interesado en la identificación oportuna del bebedor excesivo tiene, en esta observación, un elemento que ha de relacionar con otros datos para darle su verdadero significado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD\_10), reserva un lugar a lo que denomina uso peligroso del alcohol, que equivale a la forma en que se conduce el bebedor problema. Por su parte, la American Psychiatric Association (APA) incluye en su Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R) un apartado con el mismo fin, pero al que da un nombre distinto: Patrón de conducta inadaptada al alcohol (A Maladaptive pattern of alcohol use). Pero en el caso de este criterio diagnóstico, que es probablemente el más usado por los psiquiatras anglosajones y latinoamericanos, hay un antecedente en otro término, dedicado a cualquiera de las sustancias causantes de adicción: Abuso de sustancias psicoactivas. Como es aplicable al alcohol y además se complementa bien con el rubro específico para este último, lo describiremos primero. Consigna el manual DSM-III-R:

1. El patrón de consumo inadaptado de una sustancia psicoactiva (abusos sin dependencia), se aplica cuando se encuentra, por lo menos, uno de los siguientes datos:
  - a) Uso continuo a pesar de que el individuo sabe que el consumo de drogas es responsable de persistentes problemas psicológicos, sociales, ocupacionales y físicos.

- b) Uso recurrente en situaciones en que se convierte en claramente peligroso (conducir un vehículo intoxicado, por ejemplo.).
2. Las manifestaciones del abuso han persistido, por lo menos, durante un mes o han recurrido una y otra vez por un tiempo prolongado.
3. En ningún caso se cubre el criterio para definirlo como dependencia de sustancias psicoactivas.

Queda claro que el DSM-III-R se refiere aquí al abuso de cualquier sustancia psicoactiva capaz de producir adicción incluido el alcohol. Ahora veamos lo que el DSM-III-R y la ICD-10 dicen sobre el abuso del alcohol. Se deduce claramente que en la comparación que no existen diferencias muy importantes a pesar de que los términos no coincidan.

Como puede verse el punto dos del DSM-III-R no existe una clasificación de la OMS pero es muy importante. Implica ya un consumo casi compulsivo, puesto que el individuo no se abstiene aún ante situaciones de riesgo físico o que pueden enfrentarlo a la ley. A nuestro juicio esto hace mejor el criterio de la APA, sobre todo por que señala también que, en el caso del abuso, no se cumplen los requisitos de la verdadera dependencia en lo que toca a nuestro interés particular un criterio como ese nos dice con claridad a quién estamos tratando de identificar: al bebedor que se encuentra en alto riesgo de desarrollar serios problemas relacionados con el alcohol, o que ya los experimenta, pero aún no es farmacodependiente (alcohólico, en el sentido clínicamente menos estricto del término). Los expertos tienden a considerar cada vez más los síntomas conductuales y cognoscitivos, haciendo menos hincapié en la tolerancia, al integrar los criterios para diagnosticar la dependencia (Alcohol and Health, 1990). Otra inclinación de los conocedores es prestar menos atención a las consecuencias sociales de beber en exceso en tanto que destacan el comportamiento que denota la pérdida progresiva del control sobre la bebida. Todo esto provocara que un mayor número de individuos sean diagnosticados como bebedores excesivos pues se le incluirá en el apartado abuso del alcohol.(24)

## CAPITULO III

### TRATAMIENTOS TRADICIONALES

El consumo de bebidas alcohólicas es una costumbre cuyo origen se pierde en la historia de la civilización. Desde que el consumo de alcohol ha existido han habido intentos por limitar su abuso que es la causa de fuertes daños en la salud de los individuos, la familia y la sociedad, los cuales no necesitan comprobarse. Luchar contra los problemas que se generan considerando las costumbres, tradiciones y creencias requiere tomar en cuenta que el consumo de alcohol satisface demandas de la población que son válidas y que la actividad económica que genera la producción y comercialización de bebidas alcohólicas es cuantiosa y es una fuente importante de ingresos para la empresa privada y para el estado.

El estudio acerca de cómo la población consume alcohol es un fenómeno relativamente reciente. Hasta hace algunos años los estudios se enfocaban a los alcohólicos o bebedores problema y eran conducidos por lo general en escenarios clínicos. El estudio de poblaciones generales ofrece un sin número de ventajas que pueden variar desde un abordaje socioantropológico que analice el papel que desempeñan las bebidas alcohólicas como un bien de consumo, hasta la obtención de un panorama más completo del abuso de alcohol y sus consecuencias.

El consumo de alcohol repercute negativamente no sólo en los individuos que lo practican, sino que afecta en alto grado a la comunidad a la que pertenece; es decir, las alteraciones producidas no se limitan a los daños orgánicos de los individuos afectados, sino que también se extienden a la salud mental y al bienestar económico y social de la colectividad. Las repercusiones sociales agravan los problemas estructurales existentes en la sociedad. De hecho, para muchas disciplinas, el alcoholismo, más que una enfermedad, se considera un problema social, no sólo por sus consecuencias, sino también por las causas que lo originan.

Por esta razón, como resultado de las investigaciones epidemiológicas, los bebedores problema comenzaron a recibir atención al final de los 60's y principios de los 70's, ya que diversos autores de orientación conductual se plantearon buscar métodos objetivos para la medición del consumo de alcohol, que incrementasen la fiabilidad de la información por los sujetos alcohólicos y sus familiares.

Se intentó estudiar en un ambiente de laboratorio la eficacia de los diferentes tratamientos: métodos operantes, pruebas de elección de bebida, bares experimentales, terapia aversiva, etc.

Esta preocupación por este grave problema de Salud Pública ha motivado a los gobiernos a proponer restricciones enfatizándose en el tratamiento como una opción para generar un cambio en el patrón de consumo de la población. De igual manera se ha venido

favoreciendo la prevención permitiendo la concentración de los recursos para evitar la aparición de nuevos casos por medio de la información y la enseñanza a la población acerca de los riesgos y consecuencias del abuso en el consumo. Como parte de dicha prevención es importante identificar oportunamente a la población que comienza a inclinarse a un consumo riesgoso y controlar la disponibilidad de bebidas alcohólicas sin olvidar el tratamiento y la rehabilitación de los bebedores para lograr una disminución del consumo a través de restricciones legales.

Los primeros tratamientos del alcoholismo estuvieron enfocados a conseguir la abstinencia de los sujetos, más que elegir su propia meta, por eso es importante que cualquier programa de intervención orientado al control en el uso y abuso de bebidas alcohólicas sea acorde al diagnóstico actual de esta problemática; y esto requiere de la aplicación y disposición de diversos recursos en cuanto a servicios médicos de salud para cada uno de los tres niveles de atención para satisfacer y dar respuesta a las necesidades de prevención, atención, investigación, tratamiento y rehabilitación.

A continuación haré una revisión de los programas que en nuestro país se llevan a cabo para luchar contra el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y lograr una disminución de los riesgos asociados a esta forma de consumo.

### **AUTO-MANEJO**

El tratamiento de auto-manejo es otro tipo de tratamiento para bebedores problema que quieren tener una mayor responsabilidad para cambiar su conducta. Los bebedores problema que quieren tener una mayor responsabilidad considerable por ellos mismos. El tratamiento de auto-manejo puede verse como una auto-ayuda donde la gente es ayudada para entender su problema y para formular su propio tratamiento para conseguir el éxito.

Hester y Miller describieron el entrenamiento conductual de auto-control como un involucramiento de "ESTABLECIMIENTO" de objetivos; "AUTO-MONITOREO", cambios específicos en la conducta de beber, recompensas por el logro de objetivos, análisis funcional de situaciones de consumo, y el aprendizaje de habilidades alternativas de enfrentamiento. Una característica clave es que el cliente es responsable de tomar decisiones significantes acerca del tratamiento. Estas series de estudios no han encontrado diferencias en los resultados entre tratamientos individuales asistidos por un terapeuta y los grupales. También el tratamiento auto-dirigido no difirió significativamente de los resultados del tratamiento dirigido por un terapeuta.

### **APROXIMACIÓN DE AUTO-CONTROL.**

Como consecuencia de esta serie de investigaciones en la década de los 70's se desarrollan y evalúan los primeros programas de tratamiento que tienen como meta la moderación. Lovibond y Caddy (1970) evaluaron un complejo programa de "Entrenamiento Conductual de Auto-control" (ECHA), el cual incluía consumo actual de los clientes y electroshocks. Dicho estudio se dividía en dos fases: en la primera los 31 sujetos eran entrenados para

discriminar su concentración de alcohol en la sangre (CAS), es decir, al principio se proveía a los sujetos de una escala muy general de los efectos conductuales que acompañan típicamente a las diferentes concentraciones de alcohol en la sangre, y posteriormente se les pedía que ingirieran alcohol en jugo de frutas y que examinaran su experiencia subjetiva y su conducta con base en una estimación de su CAS cada 15 a 20 minutos, a fin de que asociara este estado subjetivo con la lectura del medidor y construyera su propia escala sintomática de CAS.

En la segunda fase de tratamiento se aplicaba condicionamiento aversivo, colocándose a los sujetos electrodos en diversas áreas de la cara y el cuello. Se les pedía a los sujetos que tomaran su bebida alcohólica preferida en una proporción fija designada para elevar su CAS a 0.065% en aproximadamente una hora y media.

Al igual que en la primera fase se les pedía una estimación de su CAS actual en el medidor. Tan pronto como su CAS a este valor, entonces deberían esperar a que se les administraran shocks cuando bebían. Ocasionalmente, el shock se administraba cuando los sujetos levantaban su vaso, pero en varias pruebas el shock se retardaba hasta que los sujetos estaban tomando el alcohol.

Las primeras tres sesiones eran espaciadas aproximadamente 5-7 días, y se les administraba de 8-10 shocks siempre y cuando pudieran tolerar este número. Después de 6-12 sesiones y de 30 -70 shocks, 21 sujetos reportan que habían conseguido controlar su consumo.

Brown (1980) encontró que un programa ECAC, comparado con un programa de Educación Convencional de Alcohol, fue significativamente más efectivo alterando la conducta de beber de los conductores ebrios infractores. Se asignaron a 60 sujetos, detenidos por conducir en estado de ebriedad, se eligió a un grupo de educación convencional y a un grupo control de no educación.

Al primer grupo se le dieron 5 sesiones de 3 horas en el Centro de Investigaciones donde se instaló un bar experimental. En la sesión de línea base inicial las conductas de beber de los sujetos fueron registradas dentro de condiciones preestablecidas. En la siguiente sesión los sujetos recibieron entrenamiento para autoestimar el nivel de alcohol en la sangre con la ayuda de la prueba de aliento observando videos y contestando cuestionarios de conductas controladas de beber, y practicando la ingesta controlada para reducir la intensidad del consumo, disminuyendo el tamaño de los sorbos y espaciando los tragos establecidos previamente para bebedores normales (Williams y Brown, 1974). El consumo durante la segunda mitad de cada sesión de entrenamiento era contingente a que los sujetos contestaran correctamente 70% o más de las preguntas de los cuestionarios y que a la mitad de la sesión registraran en la prueba del aliento una escala de 50% o menos nivel de alcohol en la sangre acordado por esa sesión. La tarea asignada incluía una lista anticipada de los beneficios de una ingesta controlada y del auto-registro del consumo de alcohol diario.

Al grupo de educación convencional se le dieron cinco sesiones de 3 horas que consistían de una plática de 30 minutos y una película. Los temas que trataban eran: BEBER Y CONDUCIR, BEBER Y SALUD FÍSICA, EFECTOS DE BEBER EN LA FAMILIA, y COMO MODIFICAR LA CONDUCTA DE BEBER. La sesión final consistió en una revisión de 60 minutos del material de las sesiones previas y un período de discusión en el cual fueron presentadas las tareas asignadas a los sujetos de estrategias personales para evitar futuras infracciones por conducir ebrios. En el grupo Control no se dio ninguna sesión adicional prosiguieron llevando a cabo sus tareas asignadas por el Centro de Detención Periódica. Para la realización de dicho estudio los componentes que se tomaron en cuenta para evaluar la efectividad del trabajo fueron: DISPOSICIÓN A BEBER y AJUSTE PSICOSOCIAL.

La **disposición a beber** fue medida por el número de días de abstinencia, el número de días en que se consumió con control y el número de días en que se consumió sin control. El consumo controlado fue definido como un consumo diario de menos de 80 gramos de alcohol. Se le pidió a los sujetos también el número de ocasiones en las cuales habían conducido un auto después de beber alcohol.

El **ajuste psicosocial** fue determinado por las respuestas de los sujetos a 12 entrevistas cuyos reactivos fueron diseñados para evaluar estatus domésticos, vocacional, interpersonal, salud y contacto con las agencias de la comunidad en los últimos 90 días.

El grupo de entrenamiento para beber con control mostró una reducción significativa en el número de días en los cuales los sujetos beben sin control. Los episodios de conducir después de beber decrecieron en los 3 grupos durante el seguimiento.

Una segunda serie de estudios fue conducida por Vogler y sus colegas. Con seguimiento de 12 meses, Vogler reportó tasas de control de bebida fluctuando de 65 a 66% (Vogles, Compton y Weissbach, Compton & Martin 1977). En el primero de ellos se formaron 2 grupo de alcohólicos crónicos, el primer grupo constituido por 23 sujetos y se le aplicaron las técnicas de:

- a) Autoconfrontación de la conducta de beber en exceso.
- b) Entrenamiento para la discriminación de la concentración de alcohol en la sangre.
- c) Entrenamiento aversivo para el consumo excesivo.
- d) Práctica de discriminación de evitación.
- e) Entrenamiento en alternativas y asesoría conductual.

Al segundo grupo de 19 sujetos sólo se le dieron los tres últimos componentes. Después de un año de seguimiento hubo un decremento significativo en el consumo de alcohol en ambos grupos, pero el grupo 1 disminuyó más significativamente que el grupo 2. También se observó en la conducta de los sujetos cambios favorables en relación a los compañeros con los que consumía, la elección de la bebida alcohólica y los lugares en donde consumía. Esto concluyó que el 65 % de los alcohólicos crónicos aprendieron a beber de manera controlada como un resultado de las técnicas usadas y de la orientación del programa. En el

segundo estudio se contó con 148 sujetos, 68 considerados como alcohólicos y 80 como bebedores problema. Los sujetos alcohólicos fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos y, los bebedores problema a uno de cuatro grupos. A todos se les hizo un examen médico y entrevistas de historia de consumo, las cuales constituyeron la fuente de datos del pretratamiento. Varias combinaciones de técnicas basadas en el aprendizaje como el Consejo Educativo fueron usadas con los sujetos de los diferentes grupos en los dos estudios.

Los componentes de entrenamiento incluyeron:

- a) Reproducción del video de la conducta de beber en exceso para motivar a los sujetos a participar activamente en el proceso de cambio.
- b) Entrenamiento en la discriminación de concentración del alcohol en la sangre para facilitar el reconocimiento de varios niveles de intoxicación y niveles procedentes, en los cuales el sujeto debería beber.
- c) Entrenamiento aversivo para puntuar el conocimiento de aquellas ideas asociadas con niveles excesivos de alcohol en la sangre (superior al 50%).
- d) Práctica de evitación discriminada para obtener experiencia en beber moderadamente dentro de condiciones de consumo normal.
- e) Educación en alcohol, el cual orienta a los sujetos con respecto a la viabilidad del consumo moderado, corregir los conceptos erróneos acerca del alcohol, lo cual lleva a estrategias de consumo en situaciones de alto riesgo y una exposición razonada de otras técnicas.
- f) Consejo para la conducta de beber moderadamente para enseñar habilidades sociales rudimentarias necesarias para lograr un consumo moderado (v.g. relajación, entrenamiento en asertividad para rechazar bebida), y
- g) Entrenamiento para introducir actividades incomparables con el consumo excesivo.

La efectividad del tratamiento fue de un 63% de acuerdo al número de abstemios, de bebedores controlados y recaídas. Particularmente en alcohólicos se obtuvo un 59% de efectividad mientras que los bebedores problema obtuvieron una mayor efectividad ya que fue de 66%.

El último fue conformado por 80 bebedores problema, los cuales se dividieron en partes iguales. Dicho estudio evaluaba el potencial terapéutico de las técnicas de aprendizaje en el cambio de patrones de abuso en el consumo de alcohol y en lograr la moderación. Los componentes que se utilizaron en dicho estudio fueron los siguientes: la auto confrontación a través del video del comportamiento ebrio, entrenamiento en la discriminación de alcohol en la sangre, entrevistas en alternativas, consejo en la conducta del consumo moderado y educación en alcohol. Al grupo 1 se le aplicaron todas las técnicas, al grupo 2 las últimas tres.

Durante el primer año de seguimiento se encontraron en todos los grupos decrementos significativos en el consumo de alcohol y el porcentaje de bebedores moderados cambio de 0 a 65%. Los autores concluyen que la moderación es una meta accesible y factible para los bebedores problema más que para los alcohólicos crónicos.

La evaluación más difundida del procedimiento de entrenamiento en auto-control fue conocida por Sobell & Sobell (1973). Con 70 pacientes alcohólicos, quienes voluntariamente se internaron en un hospital para tratamiento del alcoholismo, y que fueron estudiados a través de un examen psiquiátrico y médico. Los investigadores entrevistaron a cada uno de los pacientes por 45 minutos para determinar su deseo de tratamiento y la meta de éste: abstinencia o consumo controlado. Los sujetos quienes podrían socialmente identificarse con Alcohólicos Anónimos (A.A.) ya que requerían abstinencia y/o les falta soporte social externo para controlar su ingesta, fueron siempre asignados a la abstinencia.

Los sujetos quienes requerían consumo controlado, tenían disponible un significativo soporte social externo para dicha conducta y/o habían practicado exitosamente el consumo social, fueron considerados candidatos parciales para la meta de consumo controlado. Los investigadores designaron la meta de tratamiento y posteriormente fueron asignados a un grupo control recibiendo sólo el tratamiento convencional del hospital (extensas terapias de grupo, juntas de A. A., tratamientos con fármacos, fisioterapia y terapia ocupacional), o a un grupo experimental recibiendo 17 sesiones de tratamiento conductual sumadas al tratamiento convencional del hospital. Estas 17 sesiones comprenden: video de la conducta de beber en exceso, educación en el consumo moderado de alcohol, video de autoconfrontación, pruebas de experiencias negativas (control de estímulos, diferenciar videos de la conducta de beber en exceso y de la conducta de beber moderadamente).

Todos los sujetos habían experimentado algunos síntomas de retiro, daño en su salud física, fianzas y posición social como resultado de su consumo excesivo. Por lo tanto todos los sujetos cumplieron con el criterio de alcohólicos gamma de Jellinek (1960). Se reportó una gran mejoría en el grupo experimental recibiendo entrenamiento de ingesta enfocado a la abstinencia.

El éxito de este tratamiento fue cuestionado por Pendery, Maltzman y West (1982), quienes condujeron una revisión independiente de los casos experimentales. La controversia que rodea este estudio es compleja (Marlatt, (1985), Sobell & Sobell (1984) ). Una conclusión, es que algunos de los bebedores problema responden mejor al tratamiento experimental basado en la ingesta controlada a través de largos períodos de tiempo, pero no hay diferencia significativa con aquellos que están recibiendo un tratamiento estándar orientado a la abstinencia. Esta conclusión es consistente con los resultados de un estudio más reciente en una población similar de pacientes. (Foy, Nunn & Rychtarick (1984) ), donde todos los sujetos del grupo experimental recibieron un tratamiento conductual amplio, consistente en educación de los efectos y consecuencias del alcohol, terapia de grupo, terapia individual, entrenamiento en auto-administración, entrenamiento en la discriminación del nivel de alcohol en la sangre, entrenamiento en la discriminación del nivel de alcohol en la sangre, entrenamiento en habilidades para un consumo responsable y sesiones de práctica para un consumo social. En seguimiento de 6 meses los sujetos del grupo experimental tuvieron significativamente menos días de abstinencia y más días de consumo excesivo que aquellos sujetos del grupo control a los cuales se les administró el tratamiento conductual amplio.

Otro estudio basado en el procedimiento ECAC fue conocido por Sánchez - Craig (1984). En él, bebedores con problemas menos severos fueron asignados al azar a metas de ingesta controlada o de abstinencia. Los componentes utilizados para ambos grupos fueron: automonitoreo de la conducta de beber, identificación de las situaciones de riesgo, y las competencias existentes, desarrollo de estrategias de afrontamiento y a los sujetos asignados al grupo de ingesta controlada se les dio además entrenamiento para el consumo y se les pidió que tuvieran un periodo inicial de abstinencia (tres semanas). El mejoramiento sustancial fue documentado a través de un seguimiento de 2 años, encontrando diferencias no significativas entre los grupos. Una replica a pequeña escala hecha por Graber y Miller (1987) similarmente no produjo diferencias entre los grupos con relación a la meta asignada (abstinencia vs. moderación).

En una serie de evaluaciones, Miller y sus colegas han evaluado modos alternativos para ofrecer ECAC a bebedores problema. comparaciones controladas han encontrado consistentemente diferencias no significativas en la efectividad entre una forma de terapia dirigida con la misma intervención, con los clientes de ambas condiciones encontraron mejorías significativas en un seguimiento de 2 años (Buck & Miller (1981), Miller & Taylor (1980), Miller, Gribskov & Mortell (1981), Miller, Taylor & West (1980) ). Del mismo modo los formatos de terapia grupal e individual para ECAC parecen redituar resultados comparables. Seguimientos de 3 a 8 años reflejan proporciones progresivas de clientes que se convirtieron en abstemios totales, y un consistente 10-15% de pacientes tratados mantenidos en la moderación y libres de problemas de las consecuencias de beber (Miller, Pechacek & Hamburg (1981), Miller (1980) ).

Uno de los métodos más desarrollados que han mostrado un creciente éxito ha sido el entrenamiento de Auto-Control del Consumo de Alcohol (ACCA). Aunque existen algunas variaciones en su aplicación de acuerdo a las condiciones y contingencias locales, los programas que emplean el método de ACCA tienen en común las siguientes características:

- a) Un programa educacional que esta diseñado para lograr y mantener un nivel de consumo moderado y no problemático.
- b) Usualmente se ofrece en una modalidad de consulta externa.
- c) De fácil adaptación a una variedad de formatos de presentación incluyendo el formato de grupo (salones de clase), individual y biblioterapia (Miller y Muñoz (1976) ).

Un programa de ACCA que ha mostrado particular éxito es el de Miller y Cols (Hamburg y Cols (1977), Miller (1978), A. B., Miller y Muñoz (1976) ). Este programa establece una serie de componentes programáticos:

1. ESTABLECIMIENTO DE METAS. Se refiere a la determinación de limites específicos y apropiados de consumo de alcohol, basándose en el conocimiento actual de los efectos etanol sobre el cuerpo y sobre la conducta, a la vez de un entrenamiento en detectar con señales externas el nivel de alcohol en la sangre.

II. AUTOMONITOREO DEL CONSUMO DE ALCOHOL. Consiste en que el cliente registre rutinariamente varios aspectos de su conducta. Para el alcohólico esto usualmente implica el automonitoreo de la conducta de beber y los eventos colaterales (estímulo, antecedentes y consecuencias) (Sobell & Sobell (1988) ). El automonitoreo proporciona retroalimentación al cliente, ha sido sugerido que el sólo acto de registrar puede producir cambio en la conducta que está siendo monitoreada (Nelson & Hayes (1981) ). A las personas que abusan del alcohol se les puede solicitar que registren varios aspectos de su conducta de beber:

- a) episodios y cantidad de bebida,
- b) circunstancias asociadas con el beber,
- c) ambiente, estado de ánimo, otros presentes,
- d) consecuencias del beber a largo y corto plazo,
- e) pensamiento y estímulos para beber. (Sobell, Sobell & Nirenberg (1988) ).

III. ENTRENAMIENTO EN EL CONTROL DE LA TASA DE INGESTA. Diseñada para alterar la topografía de la conducta de tomar, utilizando las reglas propuestas por Sobell & Sobell (1973).

IV. ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE CONTINGENCIAS. Para facilitar el proceso de tratamiento.

V. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA. Tomar alcohol con un entrenamiento en procedimientos de control de estímulos identificando antecedentes y consecuencias.

VI. ENTRENAMIENTO DE ALTERNATIVAS. Diseño para enseñar habilidades de afrontamiento que se emplean en las situaciones donde el alcohol se usaba anteriormente.

Recientemente, se han desarrollado programas de tratamiento conductual más sofisticados para abordar los problemas del abuso del alcohol. Hay varios factores que han contribuido a ese cambio:

- a) La efectividad limitada de los tratamientos conductuales tradicionales (v.g. entrenamiento en relajación, condicionamiento aversivo, condicionamiento encubierto, entrenamiento en asertividad, manejo de contingencias; (Childress, McClellan y O'Brien, (1985), Wilson (1987) ).
- b) Conceptualización sobre el abuso del alcohol cada vez más complejas y multivariadas (Marlatt y Gordon (1985), Sobell y Sobell (1987), Finney, Moos y Newborn (1980).
- c) La creciente influencia de factores cognitivos en la terapia conductual (Bandura (1986), Beck (1976), Marlatt y Gordon (1985) ).

Las características centrales de los tratamientos en la última década combinan los procedimientos anteriores con otros nuevos, que incluyen:

- a) Técnicas de auto-control (v.g. automonitoreo, biblioterapia ).

- b) **Análisis funcional del beber** (v.g. la identificación de los antecedentes y consecuencias de situaciones de beber de bajo y alto riesgo).
- c) **Reestructuración cognoscitiva** y,
- d) **Desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo**

El modelo de Auto-Control y sus variantes anteriormente descritos, observan una serie de limitaciones en lograr en algunos casos la meta de moderación, dentro de las limitaciones más sobresalientes se consideran las siguientes:

- a) **No permiten especificar los componentes a través de los cuales se logrará la reducción de consumo de alcohol.**
- b) **Toman en cuenta un gran número de componentes y diferentes combinaciones de los mismos, lo cual impide establecer con exactitud cuales son los componentes o cual es la combinación con la que se logró un resultado exitoso, por ejemplo, en el estudio realizado por Brown, (1980).**
- c) **No hay consistencia en la significancia de los resultados debido a que algunos no reportan los resultados obtenidos en el seguimiento, por lo tanto no se logra conocer la efectividad de dichos programas, por ejemplo Lovibond y Caddy (1970).**
- d) **No toman en cuenta las características del contexto de cada sujeto, de su estilo de vida.**

Sin embargo numerosos estudios indican que algunos bebedores problema responden favorablemente a esta aproximación, manteniendo la moderación y la ingesta no problemática a través de periodos extensos de tiempo. Otros clientes, siguiendo un ECAC con una meta de moderación, optan por la abstinencia total, algunos con y otros sin tratamiento adicional. Cuando los clientes son asignados al azar a programas de tratamiento con metas de moderación o abstinencia, los resultados a largo plazo se mantienen consistentes.

Hester y Miller (1989), recomiendan que los procedimientos de ECAC deberían estar disponibles siempre como una opción dentro de un programa de tratamiento a un amplio rango de bebedores problema, ya que es más probable que el ECAC orientado a la moderación sea más atractivo y efectivo para bebedores problema menos severos.

Estos autores no recomiendan la promoción de una meta de moderación con alcohólicos severamente dependientes, sin embargo, los procedimientos de ECAC pueden ser útiles en la persecución de la abstinencia como meta.

## CAPITULO IV

### MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL

La TEORÍA DE APRENDIZAJE SOCIAL establece que los factores personales, ambientales y la conducta están entrelazados y su casualidad es multidireccional. La conducta debe ser estudiada y explicada adecuadamente con sólo observar variaciones simultáneas entre las conductas y las disposiciones personales y ambientales a través del tiempo.

La TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL ha tenido importantes avances sobre sus formulaciones iniciales (Pavlov (1927), Skinner (1938) ) y sobre la propuesta inicial de Bandura en la década de los 80's. De esta concepción, a la fecha, se han derivado contribuciones importantes a la comprensión sobre el uso y abuso del alcohol en varias áreas. Un área promisorio de investigación futura incluye el uso de principios derivados de la TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL en el desarrollo de programas de prevención para niños y adolescentes, lo que eventualmente puede llevar al desarrollo de prevención primaria del Abuso de Alcohol (Abrahams, Elder, Lasater, Carlton & Artz (1986), Nathan (1983)).

La TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL inicialmente fue desarrollada por Bandura y Walters (1963), la cual toma en cuenta los principios y procedimientos del condicionamiento clásico y condicionamiento operante, procedimientos que para los años 70's Eysenck (1964) y Ullmann & Kraner (1965) ya habían demostrado su efectividad en la conceptualización de diversos desórdenes clínicos. Bandura (1969), para dar una explicación sobre como se adquiere y modifica la conducta humana, introduce nuevos principios derivados de la psicología cognoscitiva, enfatizando la importancia de los procesos de simbolización, aprendizaje vicario y autoregulación (Wilson (1988)).

El aprendizaje ocurre al experimentar los efectos de la conducta o el repetido apareamiento del estímulo y la respuesta. Un individuo es tanto un agente como un receptor de los patrones de conducta, que interactúan en el ambiente con un número de capacidades básicas cognoscitivas individuales. Estas capacidades son: la capacidad de simbolización, se refiere a la capacidad de los individuos para desarrollar modelos cognoscitivos de experiencia, que sirven como guías para tomar decisiones, permite proyectar el curso de la acción, y fijarse metas. La habilidad vicaria asume que el aprendizaje ocurre por la observación de la conducta de otras personas y las consecuencias de estas. La capacidad autoregulatoria se refiere a la capacidad de regular la conducta a través de patrones internos y reacciones autoevaluativas. Finalmente la capacidad autoreflexiva se refiere a la capacidad humana para reflejar su pensamiento y monitorear sus ideas. Todos estos factores cognoscitivos ayudan a explicar cómo los individuos son agentes activos en un contexto situacional (Abrahams y Niaura (1987)).

Dentro de la TEORÍA DE APRENDIZAJE SOCIAL no se descarta que los factores farmacológicos también pueden ser otro factor para el alcoholismo. Es más descansa en ciertas acciones farmacológicas para dar cuenta del comportamiento de beber y el alcoholismo. La visión derivada de la TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL los considera como factores que interactúan y que son mediados por procesos psicológicos. Los fenómenos conductuales del registro y pérdida de control que usualmente se atribuyen a la dependencia física de alcohol, emergen en gran parte de las expectativas que un individuo tiene sobre el alcohol (Goldman, Brown & Chistianse (1987), es particularmente critico el considerar cómo estos factores interactúan con variables de aprendizaje social para moderar la conducta de beber alcohol (Abrams & Niaura (1987) ).

El MODELO DEL APRENDIZAJE SOCIAL reconoce también los factores biológicos como condiciones predisponentes que modulan la conducta y el aprendizaje, pero también, los principios de este modelo asumen una orientación adaptiva, anticipación, expectación, memoria en cuanto a la historia de uso y modelamiento, que juegan un importante papel como determinantes de la conducta (Abran y Niaura (1987) ).

La TEORÍA DE APRENDIZAJE SOCIAL sobre el uso y abuso del alcohol, considera las experiencias tempranas tanto directas como vicarias dentro de un contexto social y de desarrollo, por lo tanto la familia y los compañeros pueden influir tanto en el inicio como en el mantenimiento de las conductas de beber en los jóvenes y afectar en forma general las actitudes, los estándares y valores hacia el alcohol, así como también al modelar la conducta de beber dentro de los contextos sociales. (Biddle y Cols (1980), Marguiles, Keussler & Kandel, (1977) ).

Otra serie de estudios han mostrado que los efectos del modelamiento están sujetos a factores situacionales (Strickler, Dobs & Maxwell (1979) ), como el sexo del sujeto (Cooper, Waterhouse & Sobell (1979) ), historia previa de beber (Lied & Marlatt (1979) ), y al tipo de interacción entre compañeros de copa (Colins, Parks & Marlatt (1985) ).

Un gran número de estudios experimentales que han examinado el proceso de desarrollo de las expectativas relacionadas al alcohol y su relación a la conducta de beber, han resaltado la importancia de la influencia de factores mediacionales sobre la conducta de beber de adultos y adolescentes.

En general, estos estudios sugieren que las expectativas relacionadas con el alcohol se establecen en un estado temprano de la vida, antes del establecimiento de patrones estables de beber, y son el resultado de influencias de agentes primarios y secundarios de socialización. Estas expectativas relacionadas con el alcohol posteriormente interactúan con experiencias directas con el mismo.

Se considera que los déficits en las habilidades de socialización resrigen las alternativas para la acción dentro de un contexto social, minimizando el control que se ejerce sobre las actividades y sobre el ambiente y decretando la accesibilidad a los recursos que se desean (Bandura (1969)). Los déficits en estas habilidades pueden llevar a un aumento en la

ansiedad o tensión en situaciones interpersonales que requieren de tal responder adaptativo, si **estos** déficits son crónicos a través del proceso de desarrollo, entonces el riesgo para el desarrollo de un patrón de abuso del alcohol se ve fortalecido (Monti, Abram, Blinkoff & Zwick (1988) ).

**Marlatt** y Cols (1985), señalan el hecho de que un problema conductual se describa como el hábito aprendido, no implica que a un individuo se le pueda hacer responsable por la adquisición del hábito ni de ejercer control voluntario sobre esta conducta; requiere que el individuo acepte la responsabilidad personal, aprender habilidades de auto-regulación y el usarlas como alternativas al consumo de alcohol en situaciones donde el beber es altamente probable.

**Nathan** y colaboradores han sugerido que el beber excesivo puede resultar de falta de atención a señales de nivel de alcohol en la sangre o déficits en los mecanismos de retroalimentación que proveen al cerebro de señales internas de intoxicación, por lo cual, propone el entrenamiento en la discriminación del nivel de alcohol en la sangre como una manera de incrementar la atención del individuo a estos sistemas de retroalimentación y propiciar un mejor auto-control (Lansky, Nathan y Lawson (1978), Libscomb y Nathan (1980), Huber, Karlin y Nathan (19769) ).

El uso y abuso del alcohol esta moderado por una variedad de determinantes próximos, tanto personales como situacionales. El abuso del alcohol se puede considerar como un método mal-adaptativo de afrontamiento cuando la auto-eficacia y las expectativas de los efectos del alcohol tienen ciertas características que propician que se escoja el uso del alcohol como el mejor o el único método para obtener los resultados deseados.

Factores psicológicos (expectativas) y factores ambientales pueden ser influencias más importantes el beber incontrolado que la farmacología (Glatt (1976)), por otro lado, ha propuesto la existencia de un "umbral crítico" arriba del cual el beber incontrolado se regula por factores farmacológicos y por debajo del cual la regulación es fundamentalmente por factores fisiológicos.

Se han propuesto una variedad de modelos basados en el aprendizaje para explicar la influencia de variables psicosociales sobre el regosto de alcohol, el retiro de alcohol y la perdida de control en el beber (beber incontrolado). El hallazgo de que las expectativas sobre el alcohol intervienen en el comportamiento de beber y que tomar una copa no lleva inevitablemente a la pérdida de control, ha sido replicado por diversos investigadores. Este hallazgo tiene profundas implicaciones en el tratamiento del alcoholismo, lo que ha dado fundamentalmente a la noción que la moderación del consumo es una alternativa de tratamiento para algunos bebedores problema (Miller y Candy (1977), Marlatt (1983), Nathan y Niaura (1985), Sobell y Sobell (1978), Wilson (1985)).

## **CAPITULO V**

### **PROGRAMA DE AUTO-CONTROL DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA**

Basándose en la Teoría del Aprendizaje Social y en las investigaciones que se han hecho acerca del consumo del alcohol Sobell y Sobell (1991) desarrollaron el Programa de Autocontrol Dirigido para Bebedores problema en la Fundación para la Investigación de las adicciones en Toronto Canadá, el cual ha tenido particular impacto por su descripción para el desarrollo de planes de tratamiento "efectivo" y menos "restrictivo" que está diseñado para ayudar al usuario a lograr sus metas y a tener una alta probabilidad de mantener sus logros, a la vez que exige un cambio menor en el estilo de vida total del usuario.

Se denomina de Auto-Control por que los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento (con la asesoría del terapeuta de acuerdo a los límites razonables y contradicciones 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. Es decir, el objetivo general es ayudar al usuario a analizar su propio consumo y a desarrollar e implementar sus propios planes para modificarlo.

Lo que llevó a Sobell y Sobell a realizar este programa es que existen pocos tratamientos para bebedores problema y éstos representan una población numerosa y porque la investigación desarrollada al momento sugiere que las aproximaciones de Auto-Control funcionan para estos individuos.

El programa presenta las siguientes características:

- 1) Es un programa motivacional para bebedores problema que no dependen físicamente del alcohol y que desean modificar su consumo.
- 2) Se ofrece en una modalidad de consulta externa.
- 3) Contempla dos modalidades de aplicación: Individual y Grupal.

#### **COMPONENTES DEL MODELO:**

Los componentes del Programa de Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema son los siguientes:

- A) El involucramiento del usuario en la planeación del tratamiento resulta esencial para desarrollar un plan útil y significativo, por las siguientes razones:

- El usuario puede proveer a su terapeuta de información valiosa acerca de la factibilidad, deseabilidad y facilidad con la cual las diversas estrategias de tratamiento pueden ser implementados,
- En la etapa inicial del tratamiento, la inclusión del usuario puede facilitar su participación constante,
- La inclusión de los usuarios en su plan de tratamiento a corto plazo son una serie de pequeños objetivos operacionalizados, que al lograrlos, pueden ser medidos y crean un escalonamiento de progreso hacia la meta a largo plazo.

A los usuarios se les pide que relacionen su propia meta de tratamiento, sin embargo, se les proporcionan algunas sugerencias acerca de los límites razonables para su ingesta y contraindicaciones médicas de la misma. El proceso de selección de su meta empieza en la evaluación de la misma que se revisa en cada sesión de tratamiento y en la fase de seguimiento.

B) Las interacciones usuario-entorno, sugieren que ciertos factores de entorno son determinantes para obtener resultados exitosos (Ogborne, Sobell y Sobell, 1985). La literatura señala que un entorno de apoyo social está asociado con resultados positivos, así como la planeación del tratamiento y que las interacciones individuo-entorno requieren un análisis acerca de como el individuo codifica y reacciona ante su entorno (Mischell, 1973).

C) La utilización de los recursos del usuario se refiere al desarrollo de metas de tratamiento basado en tales recursos, que permiten elaborar habilidades de afrontamiento personalizadas y efectivas para promover cambios conductuales. Con este propósito Taylor y Cols, (1982) señalan que se debe acumular información evaluativa acerca de:

- las maneras en las cuales la persona funciona bien actualmente o en las cuales ha funcionado bien previamente,
- recursos interpersonales (por ejemplo: habilidades de afrontamiento) y redes de apoyo social (por ejemplo esposo, amigos),
- centros de apoyo y otros profesionales que podrían emplearse en la planificación del tratamiento y su seguimiento después del tratamiento y
- la responsividad del usuario al tratamiento.

D) El monitoreo del progreso durante la terapia se refiere a la conceptualización de la evaluación como un componente paralelo a todo el progreso de tratamiento que proporcione información valiosa acerca de eventos nuevos que ocurren durante el tratamiento y que posibilite un esquema para evaluar el plan de tratamiento.

E) Incremento de la motivación para el cambio. Este componente señala que considerando la motivación como un proceso dinámico interpersonal que involucra al terapeuta, usuario y medio ambiente (Miller, 1985). Las estrategias para incrementar la motivación incluyen:

- el consejo con retroalimentación,
- el establecimiento de metas, definiendo objetivos específicos y alcanzables, y
- la utilización de apoyos sociales para mejorar o mantener cambios.

F) Proceso de recaídas y recuperación. Este componente incorpora al tratamiento la prevención de recaídas que enfatiza: 1) la identificación de situaciones que representan un alto riesgo de recaídas y preparan al usuario para tratar efectivamente con esas situaciones, 2) el tratamiento del usuario para tratar constructivamente las recaídas que pueden ocurrir para minimizar consecuencias adversas y 3) el enseñar al usuario a considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de una falla personal importante (Marlatt y Gordon, 1985).

G) Terminación de tratamiento. El principio del modelamiento es utilizado para evaluar el mantenimiento de los efectos terapéuticos, así como también facilitar la terminación del tratamiento. Este concepto de terminar gradualmente el tratamiento extendiendo el intervalo entre sesiones proporciona un criterio con base en la ejecución para dar por terminado el tratamiento, y la terminación formal del tratamiento en este modelo resulta de la decisión mutua del terapeuta y el usuario.

### **SESIONES DE TRATAMIENTO:**

El programa contempla cuatro sesiones de tratamiento, las cuales se llevan a cabo individualmente o en grupos de 4 a 10 personas.

En las primeras sesiones se pretende que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo excesivo así como las consecuencias relacionadas con éste. En las últimas sesiones se pretende que el usuario desarrolle estrategias para manejar esas situaciones.

La primera sesión se lleva a cabo 7 días después de la evaluación, el terapeuta ya ha revisado el registro de consumo y los resultados de la evaluación del usuario, y éste ya realizó la primera lectura. Su objetivo principal es que el usuario evalúe los pros y contras que actualmente experimenta por su consumo excesivo y que identifique los pros y los contras que acompañarían a un cambio en el consumo, ya sea hacia la moderación o hacia la abstinencia.

En la segunda sesión el usuario debe identificar los factores que desencadenan su consumo excesivo, así como, las consecuencias positivas y negativas a corto y a largo plazo por éste. Además en esta sesión se plantea la recuperación como una perspectiva a largo plazo.

En la tercera sesión se describe una estrategia básica de solución de problemas a fin de que el usuario la relacione con situaciones de consumo excesivo, por medio del desarrollo de un plan de acción de conductas alternativas para estas situaciones y de la identificación de sus propios recursos (estilos de afrontamiento efectivos y recursos sociales disponibles) que podrá utilizar para cambiar su conducta.

En la cuarta sesión se revisan situaciones futuras de alto riesgo y se desarrollan planes de acción para las mismas. Se señala la importancia de lograr un resultado exitoso a largo plazo y se establece el compromiso de llevar a cabo sesiones adicionales en el caso en que

se solicite, así como el seguimiento por parte del terapeuta de los avances logrados a través del tiempo.

Las lecturas tienen como propósito informar a los usuarios de los diferentes términos que se utilizan a lo largo del programa de tal forma que sea comprensible para ellos y puedan analizar sus propias situaciones de consumo y también para que utilicen la técnica de resolución de problemas en el consumo de alcohol.

El tratamiento de Auto-control Dirigido inicia su proceso en la Evaluación, siendo una guía para el tratamiento donde no sólo se reúne información, sino es una labor compleja que requiere de una medición detallada de la conducta del usuario para poder establecer estrategias y metas adecuadas para el tratamiento.

Uno de los aspectos importantes que es necesario considerar, al desarrollar un programa de conductas adictivas, es el de llevar a cabo una evaluación conductual objetiva, ya que proporciona información útil para varios propósitos:

1. Si los problemas relacionados con el consumo de alcohol varían individualmente, es necesario analizar las variables psicológicas, fisiológicas, sociales, etc. y su interacción con la conducta consumo.
2. Se debe realizar una evaluación objetiva, con el fin de planear la estrategias y metas de tratamiento.
3. Los problemas detectados durante la evaluación, serán útiles para seleccionar el orden de atención durante el tratamiento.
4. Este tipo de evaluación permite medir los efectos a corto y a largo plazo de tratamiento, con el fin de evaluar su efectividad.
5. Esta sesión de evaluación para el usuario representa una guía integral de su tratamiento como una intervención motivacional, es un procedimiento que no es típico en otros tratamientos, ya que tiene una característica distintiva de una buena evaluación clínica en el problema del alcohol, reuniendo información y factores socio-demográficos, la historia de bebedores problema, son factores de conducta, consecuencia y la ingestión de otras sustancias.

La evaluación conductual es considerada como un proceso continuo e interactivo que ocurre antes, durante y después del tratamiento. (Mash & Terdal, 1976 cit. Sobell, L. Sobell, M).

## CAPITULO VI

### ADHERENCIA TERAPEÚTICA.

Cuando hablamos de adherencia terapéutica, nos estamos refiriendo al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas. Por el contrario la falta de adherencia terapéutica nos describe aquella situación en la que el paciente no sigue por alguna razón, el programa terapéutico establecido por su médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento.

Por lo que se refiere al paciente tenemos que reconocer que se requiere cada vez más de su activa participación y que esta participación constituye un proceso cada vez más complejo, ya que el número de posibles recomendaciones que mejoran el estado de salud, aumenta constantemente.

La falta de adherencia terapéutica comprende diferentes tipos de conducta por ejemplo: a) fallas o dificultades para iniciar un tratamiento, b) fallas por suspensión prematura de terapia, y c) implementación incompleta o deficiente de las indicaciones del terapeuta.

Por lo que se refiere al papel del psicólogo como profesional en el campo de la salud, su participación puede ser de gran relevancia en las siguientes áreas:

1) **Educación para la salud.** El psicólogo puede llevar a cabo satisfactoriamente actividades de educación para la salud, tanto en temas médicos como psicológicos. Entre las áreas en donde esto ya ha ocurrido, se encuentran el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad.

2) **Entrenamiento en técnicas de relajación y de desensibilización.** Cuando el paciente presenta niveles importantes de angustia y/o reacciones fóbicas a su padecimiento o al tratamiento correspondiente.

3) **Técnicas de entrenamiento en autocontrol:** basadas en la capacitación y desarrollo de habilidades en el paciente con la finalidad de que cuente con un repertorio para el manejo adecuado de su tratamiento.

4) **Técnicas de automonitoreo y/o registro,** una de las razones es que permite cuantificar la conducta. El procedimiento incluye la propia observación del sujeto y el registro sistemático de estas observaciones. Las observaciones están dirigidas principalmente a la topografía y frecuencia de la conducta problemática. Estas técnicas se utilizan tanto para educar al paciente, como para que sirvan como estrategias de intervención que facilite los cambios conductuales así mismo constituye un medio de evaluación de la efectividad de la intervención. En la evaluación del auto registro, debe de considerarse:

a) El grado de aplicabilidad. El automonitoreo se ha utilizado con un gran número de conductas a modificar. Estas son conductas explícitas que incluyen: frecuencia, duración e intensidad de ataques asmáticos, epilépticos y cefálea. También se ha utilizado para conductas implícitas o encubiertas, como es la fatiga ya que en estos casos al ser condiciones no observables por terceros el autoregistro es de gran utilidad.

b) Los métodos de registro de conductas de automonitoreo. Se han desarrollado diversos métodos, los cuales incluyen tarjetas o pequeños instrumentos mecánicos que el paciente lleva en su bolsillo o bolsa y que registran la frecuencia.

5) **Técnicas de dinámica de grupo.** Estas se establecieron primero por razones de costo-beneficio, pero pronto se reconoció como un instrumento terapéutico de gran utilidad, que se promueve en un mejor funcionamiento en los pacientes, ya que este se percata de que no es el único con tal condición. Conceptos tales como membresía, adhesión al grupo, identidad grupal e inclusive el de competitividad y rivalidad, cuando se les implementa en forma adecuada, pueden contribuir en forma importante al apego del paciente en su terapia.

6) **Técnicas de reestructuración congnotiva.** Esto se refiere a modificación de las estructuras congnotivas del paciente, en lo relativo a su enfermedad. Si el paciente percibe su condición de enfermo, como una situación de evaluación, anhedonea y denigración, el paciente pondrá a andar una serie de procesos psicológicos que permitirán negar dicha condición. Freud describió mecanismos tales como la negación, la racionalización y la intelectualización.

#### **Factores predictivos en la adherencia terapéutica:**

Haynes y Sackett consideran que dentro de los factores que tienden a aumentar la adherencia al tratamiento se encuentran:

- 1.- La consideración y el reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento, y las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado.
- 2.- El grado de estabilidad familiar. Se ha visto, sobre todo en niños y ancianos así como en pacientes esquizofrénicos, que la estabilidad familiar y la supervisión por parte de un miembro de la familia, incrementa el cumplimiento adecuado del tratamiento.
- 3.- El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida. Aquellas personas que cuenten con habilidades relacionadas con disciplina y planeación, tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente sus tratamientos.
- 4.- Grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos con el tratamiento. Aquellos pacientes que pueden, en forma clara y precisa percatarse de los beneficios obtenidos con el tratamiento, mostraran un mayor interés en continuar y mantener sus tratamientos. Lo opuesto ocurre en aquellas personas que han tenido resultados insatisfactorios y por lo mismo una gran frustración.
- 5.- Supervisión cercana del médico o terapeuta. Aquellos pacientes que pueden asistir a consulta con su terapeuta con una buena periodicidad, sobre todo en la fase inicial, muestran más posibilidades de adherirse a su tratamiento, por supuesto que la calidad en la relación terapeuta paciente es importante, además de la frecuencia de las consultas.

Por otra parte, existen factores que tienden a disminuir la adherencia al tratamiento entre estos se encuentran:

1.- Complejidad del tratamiento. Aquellos pacientes que tienen que tomar un gran número de medicamentos y/o dosis frecuentes, muestran más posibilidades de no cumplir con el tratamiento.

2.- Grado de cambio de conducta requerida. Aquellos pacientes que necesitan llevar a cabo grandes cambios en su estilo de vida y funcionamiento, muestran un mayor grado de dificultad en poder cumplir con el tratamiento.

3.- Tiempo de espera para la consulta. Se ha encontrado que aquellos pacientes que tienen que esperar tiempos prolongados para ser atendidos o que se les cancela su cita, muestran menos posibilidades de adhesión a sus tratamientos.

4.- Atención médica por practicantes: Aquellos pacientes que son atendidos por practicantes médicos, muestran menos posibilidades de adhesión a sus tratamientos.

## CAPITULO VII

### METODO.

#### **Tipo de muestra:**

Para la realización de la presente investigación la muestra se conformó aleatoriamente por 100 personas que terminaron el tratamiento y por 100 personas que no terminaron el tratamiento y se quedaron en la evaluación, ambos grupos asistieron al Centro de Servicios Psicológicos Acasulco para solicitar tratamiento en el Programa de Auto-control Dirigido para Bebedores Problema.

#### **Escenario:**

El lugar donde se llevó a cabo el tratamiento fue en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, ubicado en Cerrada de Acasulco # 18 colonia Oxtopulco, delegación Coyoacán, siendo esta una dependencia de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y que tiene como objetivos la realización de investigación y servicio a la comunidad.

El centro cuenta con una sala de recepción, dos cubículos donde se realizaron las sesiones de evaluación y tratamiento, dos salas de computación, una sala para el equipo de evaluación y una sala para el equipo terapéutico.

#### **Materiales:**

El instrumento que se utilizó fue el "Cuestionario de Entrevista Inicial" del cual se utilizaron algunos datos sociodemográficos que son: datos personales, daños atribuidos al consumo de alcohol, beneficios y costos de continuar consumiendo, establecimiento de metas, importancia de la meta y confianza en lograrla y adherencia terapéutica.

#### **Instrumentos:**

1.- Cuestionario de Entrevista Inicial: contiene variables sociodemográficas, datos personales, daños atribuidos al consumo de alcohol y terapeuta. Realizado por Sobell L. y Sobell M. (Anexo 1).

2.- Establecimiento de metas. importancia de la meta y confianza en lograrla. (Anexo 2).

#### **Diseño:**

El diseño de la investigación es de tipo *ex post facto* de 2 grupos que consiste en tomar una muestra del que termino el tratamiento y otra del que no termino el tratamiento.

## **Procedimiento:**

Para iniciar la investigación, las personas llegaron al Centro de Servicios Psicológicos Acasulco pidiendo información y concertando una cita para ingresar al Programa de Auto-control Dirigido para Bebedores Problema. Asistieron a su primera cita la cual fue la sesión de admisión realizada por el terapeuta en donde se les aplicó un Cuestionario de Preselección, el cual tiene como finalidad saber si las personas cumplen con los requisitos para entrar a tratamiento como son: el que sepan leer, escribir, que sean mayores de 16 años y que no existan indicadores de daño orgánico.

Después se les dió una cita para la siguiente semana para su sesión de evaluación realizada por un evaluador, con duración de dos a dos y media horas que consistió en la lectura de la forma de consentimiento firmada por el usuario y el evaluador, se le piden al paciente los datos de dos personas cercanas y de confianza para que puedan dar información de su consumo posteriormente.

A continuación se aplicaron los siguientes instrumentos:

- El Cuestionario de Entrevista Inicial que nos da información sociodemográfica de los usuarios.
- Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE), que nos informa sobre la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol diariamente por un periodo retroactivo de doce meses.

Par realizar la sesión de evaluación se le entregó al usuario el material que utilizó en su primera sesión de tratamiento, es importante aclarar que el evaluador no deberá intervenir en el tratamiento para evitar la contaminación de los resultados y así mismo el terapeuta no deberá intervenir en la evaluación.

Después entran a la fase de tratamiento que comprende 4 sesiones y si desean sesiones adicionales y cuántas; seis meses después se continuo el seguimiento iniciando el contacto por vía telefónica donde se mencionó el motivo de la llamada para concertar una cita e ir a su casa, o bien para que asistan al Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco".

Se toman 2 grupos equivalentes aleatoriamente, cada uno de 100 personas, uno experimental que terminó el tratamiento y el otro control que llegó a la primera sesión del tratamiento. Posteriormente se recolectaron todos los datos de las variables para ambos grupos y se hará una base de datos para codificar dichas variables, y por último se hará un análisis y se agruparán para observar características comunes y diferencias de ambos grupos.

**Sujetos:**

Para la realización de la presente investigación la muestra se conformó de 200 pacientes que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos Acapulco, 100 pacientes que se quedaron en la 1ª sesión y 100 pacientes que asistieron terminaron su tratamiento en el Programa de Auto-control Dirigido para Bebedores Problema con el objetivo de controlar su consumo de alcohol, ya sea abstinencia o moderación.

# CAPITULO VIII

## RESULTADOS

En la presente investigación se compararon los resultados obtenidos mediante los siguientes instrumentos: cuestionario de entrevista inicial, establecimientos de metas, decisiones para cambiar, razones para cambiar y razones por las que busca tratamiento aplicado en la evaluación y sesiones de tratamiento para ambos grupos.

Los resultados se presentan en términos de las siguientes dimensiones de ambos grupos:

1. Variables socio-demográficas.
2. Establecimiento de metas.
3. Decisiones para cambiar.
4. Razones por las que busca tratamiento.

### 1.-Variables Socio-demográficas:

Las variables socio-demográficas de ambos grupos se obtuvieron mediante la aplicación del cuestionario de "Entrevista Inicial", tomando únicamente las categorías sexo, edad, estado civil, escolaridad, actividad laboral, número de años de estudio y daño.

#### a) Sexo.

En la figura 1 se aprecia que en la presente investigación se hicieron 2 grupos, uno que termino el tratamiento y otro que no termino el tratamiento; en el primero lo conforman 88 sujetos (88%) del sexo masculino y 12 sujetos (12%) del sexo femenino y por último el segundo grupo de 89 sujetos (89%) del sexo masculino y 11 sujetos (11%) del sexo femenino.

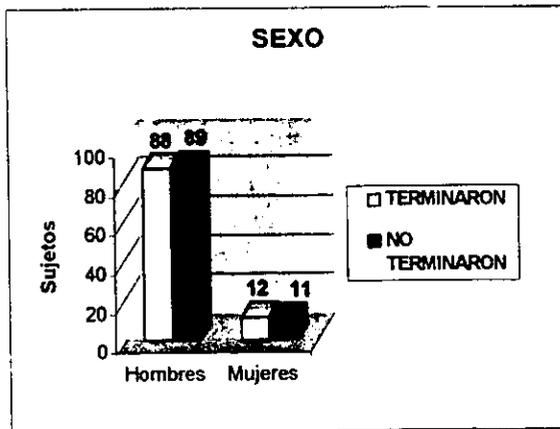


Figura 1

**b) Edad.**

En cuanto a la edad del grupo que termino su tratamiento la  $\mu=36$  al igual que el grupo que no terminaron su tratamiento; así mismo se clasificaron de la siguiente forma:

EDAD	TERMINARON	NO TERMINARON
14-24	15%	15%
25-34	27%	30%
34-44	35%	31%
45-54	19%	18%
55-64	3%	4%
65-74	1%	2%

**c) Estado civil.**

En la figura 2 se presentan los datos que representan el estado civil de los usuarios, en donde se encontró que en el grupo de los que terminaron el tratamiento, 58 sujetos (58%) eran casados y de los que no terminaron el tratamiento 53 sujetos (53%) eran casados; el grupo de solteros estaba conformado por 33 sujetos que terminaron el tratamiento, así mismo por 33 sujetos (33%) de los que no terminaron el tratamiento; dentro del grupo de los separados 16 sujetos (16%) eran del grupo que termino y 4 sujetos (4%) del grupo que no termino su tratamiento; dentro del grupo que termino el tratamiento 2 sujetos (2%) eran viudos y del grupo que no termino su tratamiento estaba conformado por 1 sujeto (1%).

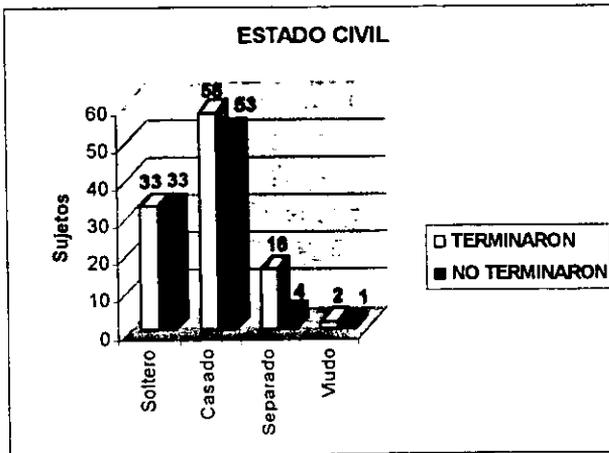


Figura 2.

#### d) Actividad Laboral.

En la figura 3 se presentan los datos que representan la actividad laboral de los sujetos. Al realizar la comparación en cuanto a su actividad laboral se encontraron los siguientes cambios: en el caso de los que terminaron el tratamiento 35 sujetos eran profesionistas y de los que no terminaron 30 sujetos (30%) eran profesionistas; en lo que se refiere a los empleados 20 sujetos (20%) pertenecían a los que terminaron y de los que no terminaron 14 sujetos. Las personas con un oficio de los que terminaron fueron 19 sujetos (19%) y de los que no terminaron 12 sujetos, así mismo los comerciantes eran 6 sujetos (6%) de los que terminaron y de los que no terminaron eran 14 sujetos (14%); el grupo de técnicos de las personas que terminaron eran 11 sujetos (11%) y de los que no terminaron eran 18 sujetos (18%), las personas que trabajaban por su cuenta de los que terminaron eran 2 sujetos (2%) y de los que no terminaron eran 3 sujetos (3%); la categoría de estudiantes lo constituían 4 sujetos (4%) de los que terminaron y de los que no terminaron 5 sujetos (5%); y finalmente el grupo de las personas de la categoría de amas de casa (labores del hogar) lo constituían 3 sujetos (3%) de los que terminaron y 4 sujetos (4%) de los que no terminaron.

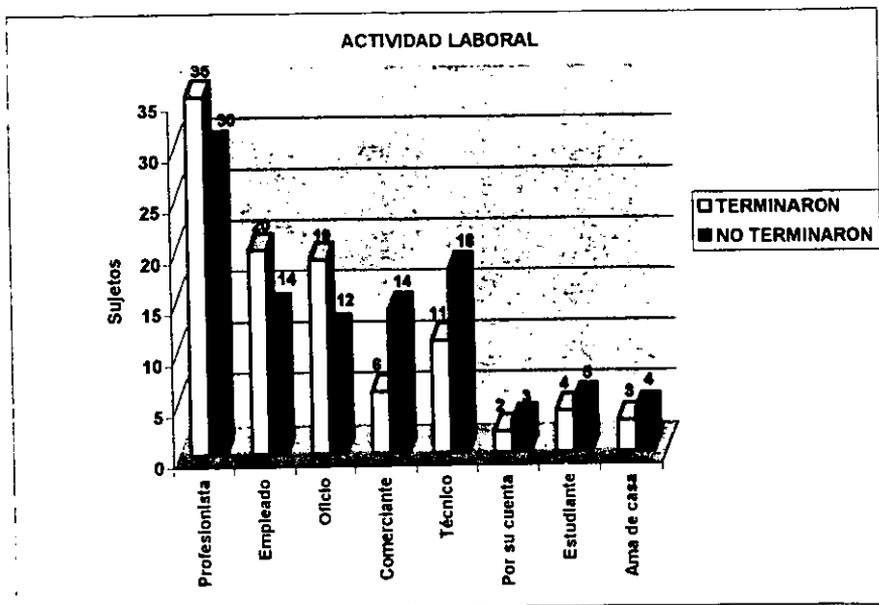


Figura 3.

#### e) Escolaridad:

En la figura 4 se puede apreciar que el grupo de los que terminaron cursaron la primaria 2 sujetos (2%) y de los que no terminaron lo constituían 6 sujetos (6%); de los que cursaron la secundaria en el grupo de los que terminaron sus sesiones eran 10 sujetos y de los que no terminaron 22 sujetos (22%), posteriormente los que estudiaron bachillerato en el grupo que terminó eran 25 sujetos (25%) y de los que no terminaron eran 36 sujetos (36%), dentro

del grupo de nivel de licenciatura en los que terminaron eran 41 sujetos (41%) y de los que no terminaron 33 sujetos; en el grupo de los que terminaron 22 (22%) eran de posgrado, mientras que en el grupo de los que no terminaron no hay y finalmente dentro del grupo de los que no terminaron 1 sujeto (1%) era de doctorado y 2 sujetos (2%) eran técnicos.

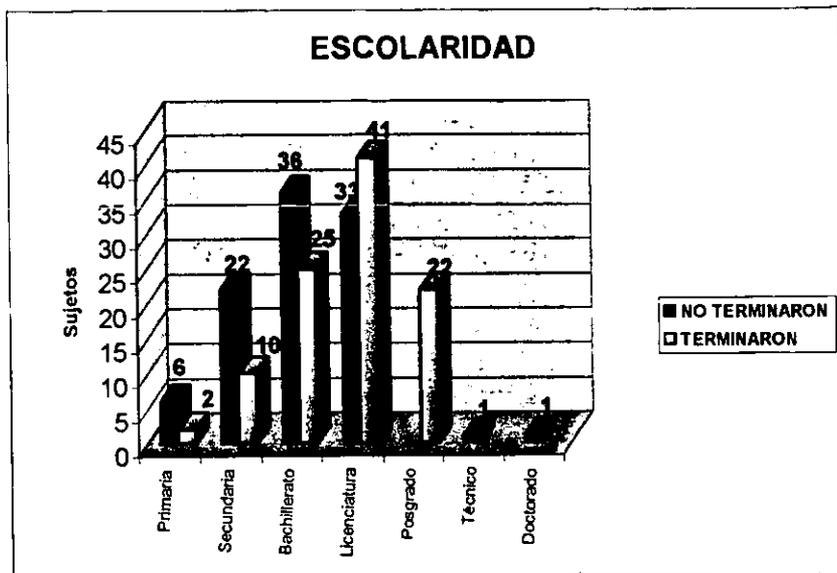


Figura 4.

f) Número de años de estudio:

TERMINARON			NO TERMINARON		
No de años de estudio	Personas	Escolaridad	No de años de estudio	Personas	Escolaridad
6	2	Primaria	6	6	Primaria
8-9	10	Secundaria	8-10	22	Secundaria
10-12	25	Bachillerato	11-14	36	Preparatoria
13-17	41	Licenciatura	15-21	33	Licenciatura
18-26	22	Posgrado	22-24	0	Posgrado
				1	Técnico
				2	Doctorado

### g) Daños atribuidos al consumo de alcohol:

Con relación a los daños provocados por el consumo de alcohol, se exploran las siguientes categorías; gracias a que se recurrió al Cuestionario de Entrevista Inicial.

Categoría	% Terminaron	% No terminaron
a) Sin daño alguno.	44 %	32%
b) Un pequeño daño (preocupado pero ningún daño).	39%	40%
c) Un daño menor (algunos daños en salud, familia, económicos, laborales pero sin ser graves).	24%	19%
d) Un gran daño (algunos daños que pueden considerarse serios, laborales, familiar y económicos).	5%	9%

Tomando en cuenta que los sujetos eligieron los daños que consideraban tener el porcentaje de personas que no presentó ningún daño en el grupo de los que terminaron lo conformaron 44 sujetos (44%), y de los que no terminaron 32 sujetos, posteriormente los sujetos que reportaron tener un pequeño daño, es decir preocupados por su forma de beber en el grupo de los que terminaron fueron 39 sujetos y de los que no terminaron fueron 40 sujetos (40%); en cuanto a los sujetos que tuvieron un daño menor, es decir con algunos daños económicos, familiares, de salud, laborales, etc., pero sin llegar a ser graves fueron del grupo que termino 24 sujetos (24%) y de los que no terminaron 19 sujetos y finalmente dentro del grupo que tiene un gran daño, es decir con algunos que pueden considerarse serios como laborales, económicos, familiares, de salud, etc., esta formado por 5 sujetos (5%) de los que terminaron y 9 sujetos (9%) de los que no terminaron.

### 2.- Establecimiento de metas.

El establecimiento de metas es la forma del consumo de alcohol; es decir el paciente decide cual es la meta establecida, abstinencia o moderación y dentro del grupo que termino su tratamiento 19 sujetos (19%) eligieron abstinencia y 81 sujetos (81%) decidieron la moderación y en el grupo que no termino 2 sujetos (2%) no decidieron que elegir, 16 sujetos (16%) eligieron la abstinencia y 82 sujetos (82%) decidieron la moderación.

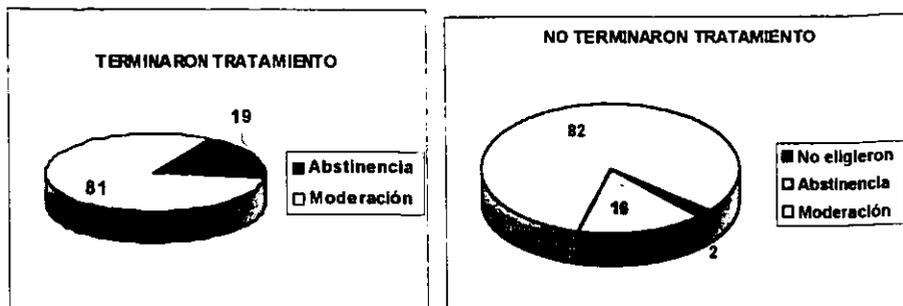


Figura 5 y 6.

La importancia y la confianza de la meta que le dan ambos grupos es la siguiente:

Porcentaje	IMPORTANCIA DE LA META		CONFIANZA DE LA META	
	Terminaron	No terminaron	Terminaron	No terminaron
25%	1	4	3	9
50%	30	32	27	15
75%	42	38	41	52
100%	27	26	29	24
<b>Media</b>	<b>73.75</b>	<b>70.50</b>	<b>73.53</b>	<b>71.05</b>

### 3.- Decisiones para cambiar:

En este grupo una de las actividades que se realizó fue que el sujeto eligiera los costos y los beneficios en caso de continuar bebiendo, es decir los pros y los contras de continuar; y para la obtención de esta información se les pidió a los sujetos que hicieran una lista de los beneficios y los costos, que consideraran pros y contras de continuar bebiendo, y se obtuvieron los siguientes datos:

Estos datos se obtuvieron de la elección de 8 categorías que se presentaron en el cuestionario de "Decisiones" para cambiar y que se clasificaron de la siguiente forma tanto para beneficios como para costos:

- 1) Nada (No tiene problema alguno).
- 2) Familiar (No tiene problemas familiares).
- 3) Salud (Con o sin problemas de salud).
- 4) Económico (Con o sin problemas económicos).
- 5) Por sí mismo (Por sí mismo).
- 6) Todas.
- 7) Social (Con o sin problemas sociales).
- 8) Laboral (Con o sin problemas laborales).

**a) Beneficios:**

En la figura 7 se presentan los datos que se obtuvieron en los beneficios de ambos grupos y podemos observar que los rangos más sobresalientes son que por si mismo en el grupo de los que terminaron el tratamiento esta conformado por 39 sujetos (39%), mientras que en el grupo de los que no terminaron es de 43 sujetos (43%), así mismo el rango de salud en el grupo de los que terminaron es de 27 sujetos (27%) y del grupo que no terminaron es menos y lo conforman 22 sujetos (22 %); también podemos observar que la variable "Todas" en el grupo de los que terminaron es el doble 16 sujetos (16%) y en el grupo de los que no terminaron es de 8 sujetos (8%).

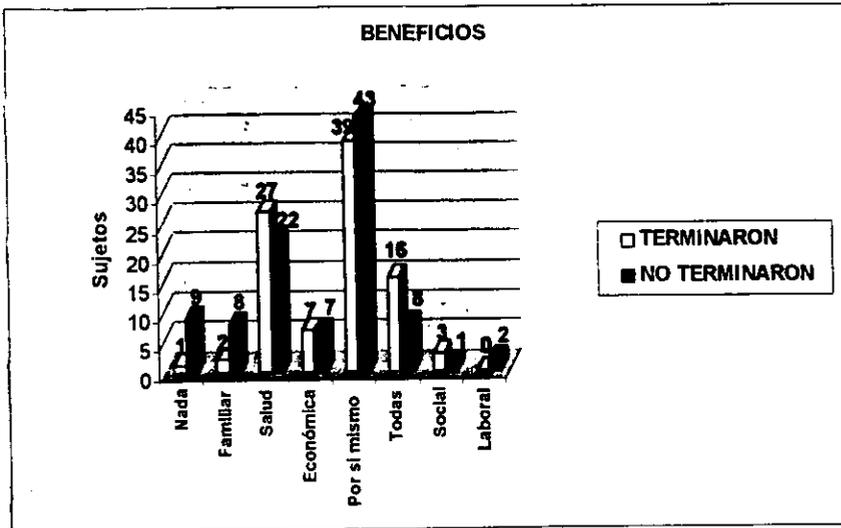


Figura 7

**b) Costos:**

En la figura 8 con relación a los costos de continuar consumiendo se obtuvo que en el grupo de los que terminaron la variable "todas" lo conforman 23 sujetos (23%) y en el de los que no terminaron es de 20 sujetos (20%); y con respecto a la categoría de "salud", en el grupo de los que terminaron lo conforman 23 sujetos (23%) y en el de los que no terminaron 20 sujetos (20%), es decir menos.

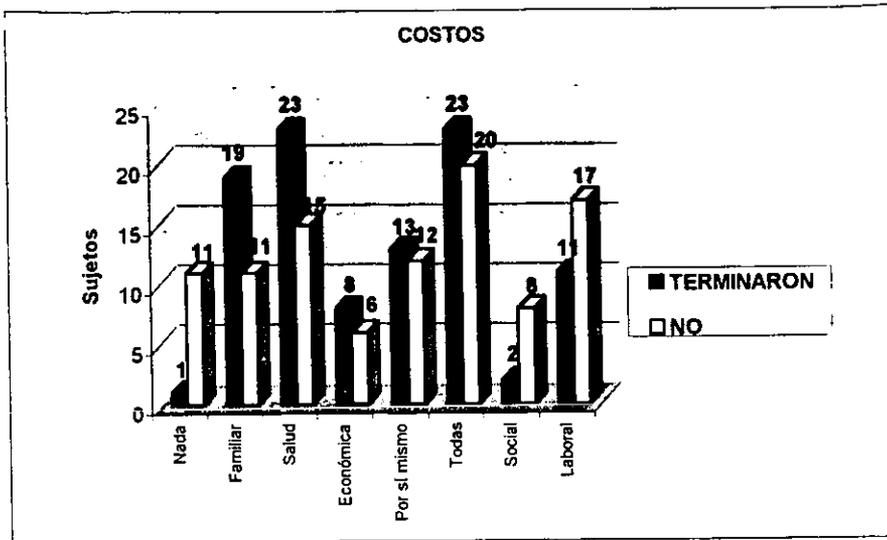


Figura 6.

#### 4.- Razones por las que busca tratamiento:

En esta variable la finalidad es que el sujeto nos diga el motivo por el cual busca tratamiento y se hicieron 8 categorías las cuales son:

- 1) Nada.
- 2) Familiar.
- 3) Salud.
- 4) Económico.
- 5) Por sí mismo.
- 6) Todas.
- 7) Social.
- 8) Laboral.

y se obtuvieron los siguientes datos:

En la figura 7 el grupo de las personas que terminaron el tratamiento 69 personas (69%) tienen problemas laborales el cual desean disminuir, mientras que en el grupo de los que no terminaron el tratamiento no hubo ninguna persona; y en la categoría de "por sí mismo" podemos darnos cuenta que 68 personas (68%) desean el tratamiento por sí mismo ( es decir por su propio beneficio); y en el grupo de los que no terminaron por el contrario ninguno es por sí mismo; también en la categoría de las personas que eligieron la categoría social en el grupo de los que no terminaron es de 5 sujetos (5%) mientras que en el grupo de los que terminaron ninguno.

En la categoría "familiar" en el grupo de los que terminaron 30 sujetos (30%) decidieron cambiar por que tenian problemas familiares y en el grupo de los que no terminaron 25 sujetos (25%).

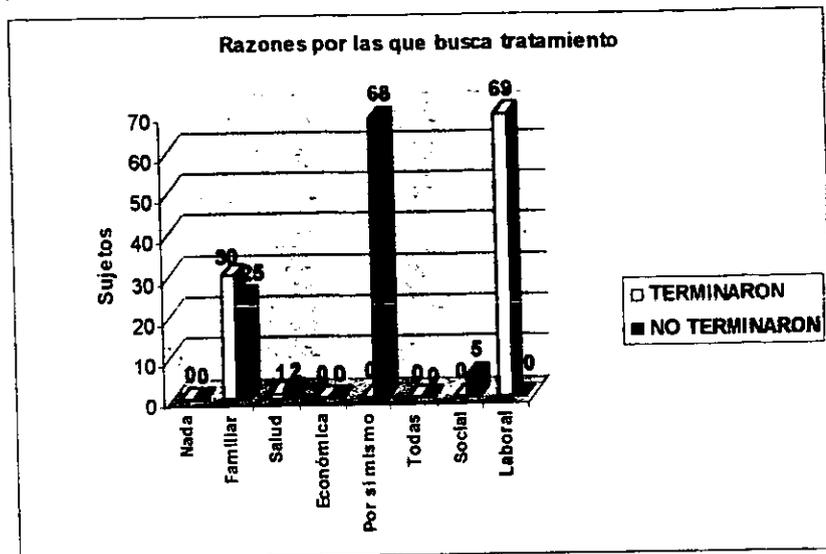


Figura 7.

### 5. Adherencia terapéutica:

Otro tipo de evidencia son los efectos de las características del terapeuta sobre el paciente y se observo lo siguiente; lo que significa que en ambos grupos no hay diferencias.

TERAPEUTA	TERMINARON	NO TERMINARON
1.- Mariana	23	15
2.- Jaime	45	43
3.- Miguel	18	29
4.- Miroslava	14	1
5.-Otros		3

## CAPITULO IX

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Para iniciar la parte final de este trabajo es importante recordar que se realizó para desarrollar e implementar técnicas que nos ayuden para reducir la deserción de Bebedores Problema que acuden a tratamiento, con la finalidad de que permanezcan y modifiquen su conducta de consumo excesivo y eviten problemas con su manera de beber por medio de la identificación de las consecuencias adversas y del uso de sus propios recursos para prepararse al cambio.

Por tal motivo se realizó este trabajo, para así poder saber las diferencias entre los pacientes que terminaron y no terminaron el tratamiento. Cabe mencionar que los instrumentos que se utilizaron para las comparaciones son:

- a) Cuestionario de Entrevista Inicial.
- b) Beneficios de cambiar a consumo moderado y costos de continuar con el consumo moderado o abstinencia.
- c) Establecimiento de metas, importancia de la meta y confianza en lograrla y por último,
- d) Adherencia Terapéutica.

Con todo esto nos hemos dado cuenta que los problemas de los bebedores problema están mas relacionados con episodios de bebida que tienen a la mano, dando como consecuencia una borrachera y el reconocimiento de que algunas veces consumen más alcohol de lo que planeaban.

Es por eso que se han hecho varias investigaciones, algunas llamadas intervenciones breves de automanejo y cognitivo conductual entre otros, pero muchos bebedores problema prefieren recibir asesoramiento de como regular la bebida que la abstinencia.

Los problemas ocasionados por el consumo de bebidas alcohólicas, ha sido motivo de preocupación desde mucho tiempo atrás por las autoridades de salud y también por diversos sectores de la población en general debido a las peligrosas consecuencias que son inherentes al abuso de bebidas alcohólicas. La preocupación por éste grave problema me ha motivado para proponer o buscar como continúen los bebedores problema en su tratamiento para generar un cambio en el consumo del alcohol.

Los programas de tratamiento no han tenido el éxito adecuado quizás porque se utilizan los mismos procedimientos que para los casos más severos es decir, la meta del tratamiento esta orientada a la abstinencia que al parecer los bebedores problema no están dispuestos a seguir, pues parecen beneficiarse más con tratamientos breves de consulta externa, que con tratamientos intensos y residenciales. Dichos usuarios se interesan más en moderar su consumo que en dejar de beber del todo, sin importarles los consejos que reciben durante la terapia.

En el año de 1998 una nueva aproximación prometedora para dicho tratamiento es la moderación como meta, ya que se había encontrado que bajo condiciones ambientales controladas los bebedores problema pueden limitar su consumo. En este tipo de programas las personas participan directamente en su tratamiento a través de la relación terapeuta usuario para el establecimiento de metas que tengan como características el ser flexibles y realistas, incrementando de esta manera su nivel de motivación y la probabilidad de obtener resultados más efectivos a largo plazo. (Ayala H., Gutierrez M. "Una revisión de Programas de Tratamiento para el Consumo Excesivo de Alcohol." CONADIC, 1993).

Cabe aclarar que los sujetos establecieron sus propias metas de tratamiento (con la asesoría del terapeuta de acuerdo a los límites razonables y contraindicaciones medias del consumo), 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. Es decir el objetivo general es ayudar al usuario a analizar su propio consumo y a desarrollar e implementar sus propios planes para modificarlo.

Dentro de la investigación que hice podemos observar que dentro del grupo que termino su tratamiento (19%), 19 sujetos eligieron abstinencia y (81%) 81 sujetos decidieron la moderación, mientras que en el grupo que no termino (22%) 22 sujetos no decidieron que elegir, (16%) 16 sujetos eligieron la abstinencia y (62%) 62 sujetos decidieron la moderación; por lo que se puede ver las personas que terminaron el tratamiento tenían más establecida su meta, es decir, sabían la decisión que iban a tomar, debido a que ellos identificaron más fácilmente las situaciones de alto riesgo y la manera en que pueden utilizar éstos para manejar la decisión que tomaron. Ya que podemos darnos cuenta que los beneficios y los costos que decidieron ambos grupos en sus decisiones para cambiar son las siguientes: en el grupo que termino su tratamiento no tenían problemas laborales y de los que no terminaron el tratamiento, el 2% tenían problemas laborales pero en cuestión de salud el grupo que terminó su tratamiento era del 27%, lo cual quiere decir que se preocupaban más por los que no terminaron ya que solamente eran el 22%; también podemos darnos cuenta que se preocupaban más por si mismos los que no terminaron que los que terminaron el tratamiento el cual era de 43% contra el 39%, es decir que eran personas que buscaban el tratamiento, pero que no tenían bien establecida su meta ya que como recordamos el 22% de los sujetos no sabía que decisión tomar, si la abstinencia o la moderación.

Por lo tanto en costos para continuar consumiendo o dejar de beber el grupo que no termino su tratamiento decían que el 11% no tendría problema alguno, en cambio el grupo que terminó su tratamiento sólo 1% dijo que no tendría un problema; el 15% de las personas que no terminaron el tratamiento dijeron que tendrían problemas de salud de continuar bebiendo, en cambio las personas que terminaron el tratamiento su porcentaje era más alto 23%, es decir que estaban más conscientes en tener problemas de salud en caso de seguir consumiendo alcohol.

La muestra presenta un perfil en donde se tiene una edad promedio de 36 años de ambos grupos: siendo en el grupo que terminó su tratamiento de 8% hombres y 12% mujeres, y en

el grupo que no terminó su tratamiento 89% hombres y 11% mujeres; en donde en el grupo que terminó el 58% eran casados, 33% solteros, 16% separados y 2% viudos; y en el que no terminaron 53% eran casados, 33% solteros, 4% separados, 1% viudo; con un nivel de escolaridad de licenciatura y posgrado del 63% (41 y 22%) y los restantes a nivel bachillerato, secundaria y primaria (37%) en el grupo que terminó su tratamiento y en el que no terminó con un 69% a nivel preparatoria y licenciatura (36 y 33%), secundaria 22%, primaria 6%, técnico 2%, doctorado (1%); con un 79% que cuenta con un trabajo de tiempo completo, por su cuenta 13%, estudiantes 4% y amas de casa 3%. en el grupo de los que terminaron y en el grupo de los que no terminaron el 79% tiempo completo, 21% por su cuenta, 4% estudiantes y 5% amas de casa.

Los daños atribuidos al consumo de alcohol en el grupo que terminó su tratamiento el 44% no tenía daño alguno, el 39% un pequeño daño (preocupado pero ningún daño) y el 24% un daño menor (algunos daños en salud, familiar, económicos, laborales pero sin ser graves); y en el grupo que no terminó 41% sin daño alguno, el 40% un pequeño daño (preocupado pero ningún daño) y 19% un daño menor (algunos daños en salud, familiar, económicos, laborales pero sin ser graves).

Todas estas características nos llevan a concluir que en el grupo que terminó su tratamiento son personas con una edad adecuada para lograr un cambio en su vida, que en su mayoría cuentan con una estructura familiar integrada y un trabajo estable, teniendo así redes de apoyo social para lograr y mantener un cambio. Además presentan un nivel educativo alto lo cual facilita la asimilación del tratamiento y la comprensión de los instrumentos y materiales que en él se utilizan.

Sugiero que en un futuro se realicen otras investigaciones que ayuden más a los pacientes a mantener su meta mediante la motivación, ya que como mencionaré más adelante la motivación del cliente es el cambio. (Cox 1990, Marlatt y Gordón 1985, Sobell y Sobell 1993.). La motivación que se les daría a los pacientes es ayudándoles a saber cuales son los beneficios y los costos de continuar consumiendo o de abstenerse, ya que estas decisiones para cambiar pueden tener un resultado más positivo, es decir ayudándole a que identifique y aprenda las situaciones que generalmente lo conducen a un consumo excesivo y la manera en que puede utilizar alternativas nuevas para manejar esas situaciones de riesgo, ya que puede tener las habilidades necesarias y no darse cuenta de como puede utilizarlas; entonces sugiero que se le de más motivación para que el paciente tenga un mejor resultado ya que la motivación es una probabilidad de cambiar la conducta.

A continuación se describe el programa de Intervención Motivacional que sugiero proponer y consistiría en darle al paciente una sesión de motivación antes del tratamiento para que así tenga un estado de compromiso y además transformable a través del tiempo, dirigido hacia una acción específica más que a una característica personal del individuo y así mismo darle más fortalecimiento de la motivación, en el estilo de entrevistar del terapeuta ya que él buscará minimizar la resistencia del usuario y hacerlo tomar responsabilidad en la evaluación de sus propios problemas y hacer el compromiso de

cambiarlas, y seguir las técnicas para incrementar la probabilidad de dicha conducta. (Miller, 1985.):

La evidencia es que las intervenciones breves pueden producir resultados positivos en bebedores excesivos con baja dependencia, y la evidencia de la efectividad de los tratamientos a corto plazo sugiere que aún antes de entrar, muchos de estos usuarios cuentan con suficientes habilidades para funcionar efectivamente.

De esta manera la función principal del tratamiento debe ser motivacional para ayudar a los usuarios a utilizar sus propios recursos que le permitan obtener los cambios deseados. Con base en esto, el valor terapéutico de un tratamiento a corto plazo puede ser enriquecido por las siguientes acciones:

- Ayudar a los usuarios a que aprendan a identificar las situaciones de alto riesgo que generalmente los conducen a un consumo excesivo y la manera en que pueden utilizar alternativas nuevas para manejar esas situaciones.
- Ayudar a los individuos a reconocer sus propias fuerzas para manejar las situaciones de riesgo (p.e. una persona puede poseer las habilidades necesarias, pero no darse cuenta de como las pueden utilizar).
- Aumentar la motivación de los usuarios para evitar problemas con su manera de beber por medio de la identificación de las consecuencias adversas de tal forma de consumo.
- Ayudar al usuario a reconocer los beneficios derivados de la evitación de los problemas asociados a su consumo.

**MOTIVACIÓN ES EL ESTADO DE COMPROMISO ( Y ADEMÁS TRANSFORMABLE A TRAVÉS DEL TIEMPO) DIRIGIDO HACIA UN CURSO DE ACCIÓN ESPECIFICO MAS QUE A UNA CARACTERÍSTICA PERSONAL DEL INDIVIDUO.**

Un factor importante relacionado con el fortalecimiento de la motivación es el estilo de entrevistar del terapeuta o lo que Miller (1992) llama "Entrevista Motivacional". En la cual se busca minimizar la resistencia del usuario y hacerlo tomar responsabilidad en la evaluación de sus propios problemas y hacer el compromiso de cambiarlas.

Las características específicas incluyen:

- evitar las etiquetas;
- utilizar un estilo inquisitivo más que de confrontación para que los usuarios logren el corfocimiento de los riegos y las consecuencias relacionadas con su consumo;
- proporcionar retroalimentación objetiva, de forma tal que no se provoquen resistencias;
- animar al usuario que el cambio es posible;

> permitirle al usuario participar en el plan de tratamiento y las metas.

Un estilo de entrevista motivacional puede describir la forma en que muchos clínicos interactúan con sus clientes. La importancia de que Miller y sus colaboradores agrupen estas características, es que ellos las relacionan a un contexto de literatura psicológica que pueden sugerir otras formas de incrementar la motivación.

La motivación es un estado de cambio que puede fluctuar de un tiempo o situación a otro. La motivación pueden entenderse como el estado o etapa presente de una persona que lo prepara para un cambio. Es un estado interno fluido por factores externos.

Según Prockaska y DiClemente (1982-1986) existen 6 etapas para el cambio, las cuales reportaron como la "rueda del cambio".

En la etapa de "precontemplación", la persona aún no considera la posibilidad de cambiar. Una persona que se encuentra en esta etapa viene a tratamiento a por coerción y necesita información y retroalimentación para entender e identificar el problema y la posibilidad de cambiar. Proporcionar un consejo descriptivo en esta etapa puede ser contraproducente.

En la etapa de "contemplación", el cliente se encuentra entre considerar cambiar o rechazar el cambio: tiene razones para cambiar pero también para quedarse igual. La tarea del terapeuta es ayudarlo a hacer un balance a favor del cambio.

La etapa de "determinación", es como una ventana de oportunidades que se abre por un tiempo. Si durante este periodo la persona entra en acción, el proceso de cambio continúa. Si no, entra de nuevo en la etapa de contemplación. La tarea es ayudarlo a encontrar una estrategia de cambio que sea aceptable, accesible, apropiada y efectiva.

La etapa de "acción", es cuando la persona piensa en acudir a terapia. Aquí las personas se involucran en acciones particulares relacionadas con el cambio.

La etapa de "mantenimiento", se tiene que sostener el cambio, acompañado por acciones previas y previniendo recaídas. El reducir el consumo es un paso inicial que tiene que ser seguido del reto de mantener la abstinencia o la moderación.

Si la recaída ocurre, la tarea del usuario es recorrer de nuevo la rueda, más que quedarse en esa etapa. Los tropiezos y las recaídas son normales, son ocurrencias esperadas cuando una persona busca cambiar cualquier patrón establecido hace tiempo. La tarea del terapeuta es ayudar a la persona para que evite el desalentarse y continúe contemplando el cambio como algo factible, y establezca nuevas metas y resumiendo las acciones tendientes a esforzarse en el mantenimiento de sus logros.

La motivación es una probabilidad, entonces es razonable utilizar 8 técnicas para incrementar la probabilidad de cambiar las conductas (Miller, 1985). A continuación se señalarán las 8 técnicas generales:

1. **Proporcionar consejo.**- Esto involucra:

- a) identificar claramente el problema o área de riesgo,
- b) explicar porqué el cambio es importante y
- c) abogar por cambios específicos (Edwards et al., 1977; Heather, 1986; Miller, Gribskiv, & Mortell, 1981; Miller & Taylor, 1980; Miller, Taylor, & West, 1980; Ritson, 1986).

2. **Remover barreras.**- Un consejo motivacional efectivo ayuda al usuario a identificar y a vencer las barreras o factores que pueden inhibir el cambio. Después de que se identifican el terapeuta debe ayudarlo con una aproximación de solución de problemas prácticos (Prue, Kanen, Cornell, & Foy, 1979). Algunas barreras tienen que ver con la asistencia misma al tratamiento, otras son de carácter económico, pero otra más que tienen que ver con la comodidad, el sentimiento de pertenencia y los roles culturales.

3. **Proporcionar elecciones.**- La motivación intrínseca se incrementa por la percepción que uno tiene de escoger libremente un curso de acción sin influencias externas significativas o coerción (Kissin, Platz, & Su, 1971). El ofrecer a los usuarios la elección entre distintas alternativas puede decrementar la resistencia y la deserción (Costello, 1975; Parker, Winstead, & Willi, 1979). Así como también puede mejorar el apego a seguir los pasos y lograr la meta.

4.- **Decrementar deseabilidad.**- En la etapa de contemplación la persona sopesa costos y beneficios del cambio contra las ventajas de no hacerlo. La estrategia entonces es remover los beneficios percibidos acerca de permanecer como antes e incrementar las ventajas de cambiar (Botvin, Baker, Renck, Filazzola, & Botvin, 1984).

Una tarea importante para el terapeuta es identificar los incentivos positivos del usuario para continuar su conducta presente y después buscar alternativas efectivas para decrementarlos o contrabalancearlos. La conducta es más probable que sea alterada, si la efectividad o el valor de las dimensiones son afectados.

Una manera de contrabalancear es incrementar la información e importancia de las consecuencias adversas de la conducta. También se pueden hacer cambios en las contingencias sociales que decrementan las consecuencias positivas e incrementan las consecuencias negativas de la conducta problema.

5. **Practicar empatía.**- La clase de empatía de la que aquí se habla no es una habilidad o tendencia a identificarse con las experiencias de las personas, es una habilidad específica y que se puede aprender para entender lo que quiere decir el otro, a través de escuchar reflexivamente, se hayan tenido o no las mismas experiencias.

6. **Proporcionar retroalimentación.**- Las personas a veces fallan en lograr los cambios porque ellas no recibieron suficiente retroalimentación a cerca de su situación actual. Las expresiones de preocupación de la familia y amigos representan una forma de retroalimentación. Otras formas son los test objetivos y el auto-monitoreo diario. Una tarea

importante del terapeuta es proporcionar retroalimentación clara acerca de la situación actual del usuario y sus consecuencias o riesgos.

**7. Clarificar metas.**- La retroalimentación sin embargo debe compararse con un promedio. Este proceso de auto-evaluación, comparando el estatus percibido con estándares personales, influye en el cambio. Si la persona carece de una meta clara o estándar, puede no servir la retroalimentación. El terapeuta debe ayudar a establecer metas claras para facilitar el cambio, metas que sean realistas y alcanzables.

**8. Ayudar activamente.**- Esto significa estar interesado en el proceso de cambio del usuario. Aunque es cierto que el cambio es decisión del usuario, también es cierto que el terapeuta puede tener una gran influencia de cómo se tome esta decisión. Una ayuda activa es, por ejemplo, tomar la iniciativa de expresar interés en saber que le paso a un usuario si no llega a la sesión por medio de una llamada por teléfono o un telegrama.

La entrevista motivacional es una manera particular de ayudar a las personas a reconocer y hacer algo con respecto a los problemas presentes o potenciales. Es particularmente útil con personas que están resistentes o ambivalentes a un cambio. Algunas personas todo lo que necesitan es: resolver su ambivalencia para utilizar sus habilidades y recursos para efectuar el cambio; pero para otras esto es solo el primer paso del tratamiento.

#### Principios generales:

**1.- Expresar empatía.**- La actitud subyacente a este principio puede llamarse aceptación. A través de escuchar reflexivamente, el terapeuta busca entender los sentimientos y perspectivas del cliente sin juzgarlo, criticarlo o culparlo. Es importante señalar que la aceptación no quiere decir estar de acuerdo o aprobarlo. La actitud crucial es escucharlo respetuosamente con un deseo de entender sus perspectivas. Esta clase de aceptación de las personas "como son", parece liberarlos hacia el cambio, promueve la adherencia terapéutica y apoya la auto estima del usuario. La ambivalencia es aceptada como una parte normal de la experiencia humana y el cambio, más que como un rasgo patológico o un mecanismo defensivo.

**2.- Desarrollo de Discrepancia.**- Un segundo principio de la entrevista es crear y amplificar en el usuario una discrepancia entre la conducta presente y sus metas, es decir, entre "donde está" y "donde quiere estar". Esta discrepancia se puede lograr identificando los costos del curso de la conducta actual. Cuando una conducta es vista como contraria o en conflicto con metas personales importantes (salud, éxito, familia feliz, auto-imagen positiva) el cambio es más probable que ocurra.

Este componente involucra clarificar metas importantes para el usuario y explorar las consecuencias actuales y potenciales de su conducta presente que van en contra de estas metas. Cuando se hace apropiadamente, se cambian las percepciones de la persona sin crear sentimientos de estar presionado. El resultado es que el usuario presente sus razones

para el cambio y no que el terapeuta lo haga. Las personas se persuaden más por lo que oyen de ellos mismos que por lo que los demás dicen.

3.- Evitar argumentaciones.- Algo que se debe evitar siempre es que el terapeuta argumente que el usuario tiene un problema y necesita cambiar, mientras el usuario se defiende con un punto de vista opuesto. La argumentación directa tiende a evocar resistencia en las personas y fortalece su libertad de hacer lo que quieren.

4.- Manejando la resistencia.- Las mismas aseveraciones que proporciona un usuario pueden utilizarse para crear un nuevo momento para el cambio. El usuario inicia expresando sus propias percepciones y encuentra que debe cambiar.

Bajo este principio el terapeuta no impone nuevos puntos de vista o metas, el usuario es invitado a considerar nueva información y ofrecerle perspectivas novedosas, planteando nuevamente una pregunta o problema al usuario para que sea él quien lo resuelva.

El trabajo del terapeuta no es generar todas las soluciones, se considera al usuario como un ser capaz, con ideas importantes para la solución de sus propios problemas.

5.- Apoyando la auto-eficacia.- La auto-eficacia se refiere a la creencia de la persona en su habilidad para llevar a cabo y ser exitoso en tareas específicas. Una meta general de la entrevista es incrementar las percepciones del usuario de su capacidad para afrontar los obstáculos y lograr el cambio.

Existen varios mensajes que apoyan la auto-eficacia. Uno es el énfasis en la responsabilidad personal: el usuario no solo puede sino debe hacer el cambio, en el sentido de que nadie más puede hacer! por él.

Las recaídas que ocurren después de recibir tratamiento para el alcoholismo son extremadamente frecuentes y costosas a nuestra sociedad. Tradicionalmente, las recaídas y las rehospitalizaciones se consideran como fracasos en el tratamiento y una gran mayoría de los programas actuales continúan teniendo políticas de ingreso que rechazan a los reincidentes. Sin embargo, los modelos teóricos más recientes consideran las recaídas como parte natural del proceso de recuperación (Marlatt y Gordon, 1985, Brownell, Marlatt, Lichenstein, y Wilson, 1986; Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992). Estos modelos están basados en los principios de la Teoría del aprendizaje social y conceptualizan el cambio como un proceso y no como un evento discreto. Los modelos de recaídas también proponen que para poder comprender las recaídas estas deben ser consideradas dentro de una perspectiva apropiada o sea dentro de un proceso de cambio.

Este modelo implica un cambio de hábitos, desde el momento en que el individuo se percata de que un problema existe hasta el punto en el cual éste deja de existir. La mayoría de los modelos que se han propuesto a la fecha han sido modelos de acción, sin embargo, existen muchos cambios que preceden y acontecen posteriormente al momento en que un individuo decide iniciar una acción concreta acerca de su comportamiento adictivo.

## ETAPAS DEL CAMBIO DE HÁBITOS

### Motivación y compromiso al cambio

En el análisis que proponen Marlatt y Gordon (1985), la primera de las tres etapas de un proceso de cambio es la de *motivación* y el *compromiso al cambio*.

Una multitud de factores están inmersos en el deseo de que tiene un individuo en abstenerse o moderar su consumo, incluyendo entre estos: el reconocer las consecuencias negativas a largo plazo del consumo (los efectos negativos sobre su salud, su bienestar personal, su vida social y familiar, su situación laboral, etc.); el fracaso de las drogas de continuar proporcionando los mismos efectos placenteros, aún al incrementar la dosis de consumo (aumento de tolerancia); confrontaciones con pares significativos; contacto con ex-adictos exitosos; crisis espirituales y cambios de estilos de vida significativos. Una vez que la motivación del individuo se desarrolla para cambiar, puede hacerse o no un compromiso específico para cambiar, decidiéndose comenzar a abstenerse o a moderar su consumo en un tiempo y/o lugar específico.

### Instrumentación del cambio

La segunda fase en el proceso de cambio de hábitos es la *instrumentación del cambio en sí*- el acto de abstenerse o la aplicación inicial de estrategias de auto-control para moderar el consumo. Para aquellos que deciden buscar ayuda en el proceso de cambio, esta etapa corresponde a la fase de tratamiento.

Es frecuente que los usuarios de un programa de tratamiento enfoquen toda su atención en esta fase del cambio, y excluyan en forma relativa las etapas de *motivación/compromiso* y la de *mantenimiento*. Para estos individuos, el acto de cambiar se vuelve su preocupación central, como si la decisión en sí de cambiar fuera equivalente a un resultado exitoso de tratamiento.

Si el individuo considera que el cambio ha sido exitoso una vez que se ha dejado de utilizar la sustancia de abuso, muy poca atención se le pondrá a las demandas y peligros del viaje que queda por completarse durante la etapa de mantenimiento.

### Mantenimiento

La etapa final y más importante del proceso del cambio es la de *mantenimiento*. Es durante esta etapa (la que comienza en el momento posterior a iniciar ya sea la abstinencia o moderación) en la que el individuo debe trabajar con más ahínco para mantener su compromiso de cambiar a través del tiempo, debido a que en esta fase el individuo se enfrenta a una multitud de tentaciones, estresores, así como a la influencia de poderosos y viejos patrones de hábitos.

¿Cuál es la mejor manera de conceptualizar la etapa de mantenimiento en un proceso de cambio de hábitos? Se han sugerido dos formas primordiales, una es la de considerar la etapa de mantenimiento como un período que sigue el tratamiento inicial durante el cual los efectos del tratamiento se desvanecen a través del tiempo. Bajo esta perspectiva, el tratamiento es máximamente efectivo en las etapas iniciales, sobre todo inmediatamente después de haberlo terminado. Así, las tasas de recaídas son bajas al inicio (cuando los efectos residuales del tratamiento se supone que son más fuertes) y tienen una mayor probabilidad de incrementarse a partir del final del tratamiento.

Una visión alternativa de la etapa de mantenimiento es considerarla como una oportunidad más para un nuevo aprendizaje, donde el individuo participa en una serie de "ensayos" de aprendizaje, en los cuales se adquieren gradualmente nuevas formas de responder a viejas tentaciones situacionales. Como cualquier nuevo aprendizaje, durante las etapas tempranas del mantenimiento a menudo se involucra un proceso de ensayo y error a medida que la conducta recién adquirida se establece a través del tiempo. En este proceso, cada error lleva implícita la oportunidad para que ocurra un nuevo aprendizaje.

Bajo esta óptica, el mantenimiento del proceso de cambio de hábito describe en forma diferente lo que ocurre en este período. A diferencia de un desvanecimiento del efecto del tratamiento que se describió anteriormente en relación a los tratamientos de tipo aversivo, este modelo sugiere que un mayor número de errores (recaídas) ocurrirán en las etapas tempranas de la recuperación post-tratamiento, a medida que el individuo intenta consolidar nuevas respuestas a viejos estímulos.

Lo que parece ser crucial en el proceso de recuperación es el concepto que tiene el propio individuo sobre cómo se supone que el tratamiento que está recibiendo funciona y cómo éste se relaciona a la fase de mantenimiento. Tiene por lo tanto más sentido darle a los clientes una nueva visión optimista de la recuperación, o sea una visión que incorpore el hecho de que se cometerán errores y recaídas como parte esperada de un nuevo aprendizaje durante la fase de mantenimiento, que darles una pesimista donde se asume que ocurrirán altas tasas de recaídas causadas por mecanismos internos de un proceso de enfermedad o un disparador bioquímico sobre los cuales no tiene control el individuo.

Bajo un modelo médico, el papel del individuo en el curso que sigue su problemática o enfermedad es insignificante, ya que se atribuye su causalidad fundamentalmente a factores externos, mientras que en un modelo terapéutico de autocontrol, **es el individuo el determinante fundamental en el curso que sigue su comportamiento adictivo.**

El modelo Cognitivo-Conductual del Proceso de Recaídas (Marlatt y Gordon, 1985) señala dos maneras en que el cliente puede responder a situaciones de riesgo para el consumo excesivo del alcohol. La primera que indica la iniciación de respuestas de afrontamiento específicas ante las situaciones de riesgo para beber que se le presentan, lo cual lo conduce a responder con una alta eficacia ante tales eventos, resultando por lo tanto, en una baja probabilidad de que ocurran recaídas. Otra manera es el no emitir respuestas de afrontamiento ante la ocurrencia de situaciones de riesgo, que en contraste con la opción

anteriormente descrita, resulta en una auto-eficacia decrementada y en tener una expectativa de resultados positivos como efecto inicial del consumo de alcohol, que lo conduce nuevamente a beber. De esta manera, el intento involuntario de mantenerse en la abstinencia se ve afectada por un conflicto de disonancia y auto-atribución que conlleva a un incremento en la probabilidad de recaídas.

Las estrategias específicas de intervención en un modelo de prevención de recaídas, incluye el empleo de procedimientos particulares de evaluación conductual como el automonitoreo y la descripción de recaídas previas. El siguiente paso de intervención consiste en el entrenamiento de unas series de habilidades específicas que incluye ensayos conductuales de las recaídas, el entrenamiento en relajación, respuestas para el manejo del estrés y fortalecimiento de la auto-eficacia; además de intervenciones de reestructuración cognoscitiva, tales como: información sobre los efectos inmediatos y a largo plazo del consumo de sustancias, así como el análisis de los costos y beneficios de su consumo mediante un procedimiento de balance desicisional. La elaboración de un contrato conductual y el empleo de instrumentos (tarjeta de recaídas) que revisan planes de acción acerca de qué hacer cuando se presenta una recaída, así como el establecimiento de una recaída programada, proporcionan la oportunidad de ensayar las habilidades aprendidas en este proceso. Finalmente la reestructuración cognoscitiva y modificaciones en el estilo de vida (v.g. uso del tiempo libre, hacer ejercicio, etc.) del individuo inciden en el efecto volicional de mantenerse en abstinencia.

Sin embargo, la intervención debe rebasar el nivel de micro-análisis de la recaída inicial e intentar modificar el estilo de vida del cliente así como su forma de identificar y afrontar determinantes encubiertos de las recaídas (señales tempranas de peligro, distorsiones cognitivas, entre otros). Estos procedimientos más amplios se les domina como estrategias globales de auto-control.

Tanto las estrategias o procedimientos específicos y generales pueden ser subdivididos en tres categorías: 1) *adiestramiento de habilidades*, 2) *reestructuración cognoscitiva* e 3) *intervenciones en estilos de vida*. Las estrategias de adiestramiento de habilidades incluye la adquisición de respuestas conductuales y cognitivas necesarias para afrontar situaciones de alto riesgo. Los procedimientos de reestructuración cognoscitiva están diseñadas para proveer a los clientes de cogniciones alternativas acerca de la naturaleza de cambio de hábitos, a introducir la imaginación del afrontamiento para enfrentar el regosto y señales tempranas de peligro reestructurando sus reacciones a la recaída inicial. Finalmente, las intervenciones sobre estilos de vida, están diseñadas para fortalecer la capacidad general del afrontamiento del cliente y reducir la frecuencia e intensidad del regosto.

El Autocontrol como estrategia para mantenimiento del cambio

En años recientes se ha dado un creciente interés acerca de la aplicación de programas de autocontrol o de auto manejo a una amplia variedad de desórdenes conductuales (v.g.

Goldfried y Merbaum, 1973; Koroly y Kanfer, 1982; Mahoney y Thoresen, 1974; Stuart, 1977).

En una etapa inicial, el trabajo en esta área se centraba en el uso de procedimientos operantes, tales como: el control de estímulos, auto-registro y auto-reforzamiento. En fechas recientes se han incorporado componentes de aprendizaje observacional, tales como expectativas y entrenamiento en solución de problemas, entre otros. Estos procesos son la piedra angular de los modelos de Prevención de Recaídas que se han desarrollado con base en el trabajo pionero de Marlatt y Gordon en 1985. Los elementos que según Marlatt deben constituir un programa de autocontrol para el mantenimiento del cambio conductual son los siguientes:

- 1.- Debe probar ser efectivo en mantener el cambio conductual después del tratamiento inicial por periodos de tiempo clínicamente significativos (demostrado empíricamente a través de seguimientos a largo plazo) en comparación a los mejores programas de tratamientos existentes.
- 2.- Debe promover y mantener la adherencia del individuo a los requerimientos del programa (v.g. la continuidad en procedimientos requeridos como registro diario, relajación, práctica de nuevas habilidades).
- 3.- Debe consistir en una mezcla de técnicas conductuales específicas (enseñanza de habilidades de afrontamiento, manejo de contingencias), procedimientos de intervención cognitivos (v.g. reestructuración cognoscitiva, imaginación dirigida) y modificación global de estilos de vida para incrementar la capacidad general para afrontar (v.g. ejercicio, inoculación de estrés).
- 4.- Además de la enseñanza de estrategias cognitivas, afrontamiento conductual y cambio de estilo de vida, el programa de cambio ideal debe también facilitar el desarrollo de la motivación y habilidades de toma de decisiones a medida que ocurren los cambios que se da durante la fase de mantenimiento.
- 5.- El programa ideal para incrementar la adherencia a éste y su efectividad, debe también incluir procedimientos de intervención verbales y no verbales para proporcionar una mejor protección a las recaídas.
- 6.- El programa debe reemplazar patrones de hábito mal adaptativos con conductas y habilidades alternativas, propiciando que las actividades sustitutas proporcionen al individuo, por lo menos algunas de las consecuencias reforzantes que estaban asociadas con el viejo patrón de hábitos. Por ejemplo, una adicción negativa puede ser reemplazada por una positiva, sobre todo si ésta también produce euforia o un estado alterado de conciencia (como aparentemente ocurre con la meditación y algunas formas de ejercicio).
- 7.- Así mismo, el programa debe permitirle al individuo afrontar más eficazmente nuevas situaciones problemáticas, a medida que éstas surjan, para reducir la probabilidad de

recaidas. Para lograr este objetivo, el programa de autocontrol debe contener componentes de generalización intrínsecos, diseñados para enseñarle al cliente a identificar y afrontar problemas que no se han tratado de manera específica durante la fase inicial de tratamiento (Stokes y Baer, 1977; Stokes y Osnes, 1988; Horner, Dunlap y Koegel, 1988). Algunos de los procedimientos que en general deben emplearse para maximizar la generalización de los efectos de tratamiento son: entrenamiento en solución de problemas, toma de decisiones efectivas, habilidades de comunicación, y destrezas de asertividad. Además de estos procedimientos diseñados para dotar al individuo de habilidades generales de afrontamiento, el uso efectivo de la ingeniería conductual par cambiar los estilos de vida y habilidades de manejo del estrés pueden incrementar la capacidad y la energía del individuo para afrontar nuevas situaciones problemáticas.

8.- El programa de autocontrol además de aumentar los efectos de generalización a nuevas situaciones problemáticas, debe enseñarle al cliente formas nuevas y adaptativas para manejar experiencias de fracaso. Se debe intentar enseñar al individuo que las recaídas no son fracasos, sino errores que pueden darle información valiosa que puede utilizarse para desarrollar estrategias de afrontamiento más efectivas para el futuro.

9.- Finalmente, el programa de tratamiento ideal debe hacer uso de los sistemas de apoyo social que tiene el cliente para realzar la generalización de los efectos del tratamiento. Se debe hacer todo el esfuerzo para conseguir la cooperación y el apoyo de otras personas que tienen contacto con el cliente. Los miembros de la familia y compañeros de trabajo deben reclutarse para proporcionar apoyo y aliento. Investigaciones recientes sobre el uso de la pareja y otros miembros de la familia como fuentes de apoyo para individuos con problemas de conductas adictivas muestran gran potencialidad (Brownell, Heckerman, Westlake, Hayes, y Monti, 1978; McCrady, Paolino, Longabaugh y Rossi, 1979). Por otro lado, individuos con problemas similares que comparten una orientación teórica o filosófica pueden ser alentados a reunirse en grupos de auto-ayuda donde los miembros que participan pueden proporcionar apoyo y aliento en esfuerzos colectivos para mantener el cambio.

Miller y Rollnick (1991) han definido la entrevista motivacional como una aproximación diseñada para ayudar a los clientes a formarse un compromiso y llegar a la decisión de cambiar. En esta aproximación, el consejero asume la responsabilidad para motivar al cliente usando estrategias para incrementar la posibilidad de que el cliente llegue a comprometerse en la tarea del cambio. En nuestro programa de asesoramiento, el proceso de evaluación es dirigido dentro del contexto de entrevista motivacional, con retroalimentación personalizada de los resultados de la evaluación, usado como una estrategia para formar un compromiso para el cambio. Así, usamos el asesoramiento motivacional como un componente distinto del programa que usualmente consiste en 2 a 4 citas (Allsop, 1990; Saunders, Wilkinson y Allsop, 1991).

La entrevista motivacional es particularmente importante para los clientes que están en la etapa de contemplación en esta etapa, caracterizada por ambivalencia extrema. Durante

estas sesiones, es útil un balance desicional (Appel, 1986). Al emplear este procedimiento, el consejero hace al cliente darse cuenta de los costos y beneficios del uso continuo de sustancias. contra los costos y beneficios del cambio. Esto les permite considerar:

- I) sus razones para estar interesados vs. sus justificaciones para no estar interesados;
- II) ganancias vs. pérdidas que ellos esperan al cambiar,
- III) fuerzas y debilidades ante la tarea de realizar un cambio.

El proceso de tomar la decisión es muy importante. Desde que el contemplador se puede mover a lo largo del continuo motivacional hacia una decisión para cambiar, las estrategias de asesoramiento le ayudan en el planeamiento del tratamiento ("preparación") o al iniciar el cambio ("acción"). es probable que muestren resistencia.

Aunque la entrevista motivacional está particularmente bien combinada con las necesidades de asesoramiento de los clientes en la etapa de contemplación, los clientes en la pre-contemplación, pueden estar renuentes a la contemplación a través de retroalimentación no confrontacional de los resultados de la evaluación (Miller y Rollnick, 1991). Al proporcionar retroalimentación personalizada de medidas objetivas de evaluación, al explorar las implicaciones del riesgo de los resultados y al motivar las reacciones de los clientes, un "precontemplador" puede empezar a enfocar los costos del uso continuo del alcohol y los beneficios del cambio.

La pre-contemplación a la acción, involucra un incremento en los "pros" percibidos del cliente y un decremento en los "contras" percibidos por el cliente ante el cambio de conducta (Prochaska, 1994; Prochaska, et. al, 1994).

Para los clientes que están en la etapa de "preparación", "acción" y "mantenimiento", la retroalimentación de los resultados de la evaluación dentro del contexto de la entrevista motivacional pueden servir para reforzar el compromiso al cambio., para proporcionar organizadores cognitivos explícitos que faciliten el cambio y para validar los pasos que los han llevado al cambio.

### Plan del tratamiento individualizado

Uno de los componentes más importantes de nuestro programa de asesoramiento es el desarrollo de un plan del tratamiento. Aquí es crítico que el cliente esté al menos en la etapa de "preparación", para que estén listos para comprometerse con el terapeuta como colaboradores completos en el diseño de un plan de tratamiento adaptado individualmente. Al haber alcanzado una clara decisión para cambiar, es necesario para el cliente que se comprometa en un plan de acción particular. Hemos encontrado los siguientes pasos como útiles en el compromiso del cliente ante el desarrollo de un plan de tratamiento para el asesoramiento estructurado en Prevención de Recaídas (SRP):

- 1) Establecimiento de objetivos y auto-monitoreo,
- 2) identificar situaciones de bebida problemática o de uso de drogas,
- 3) contratación (compromiso) para el tratamiento.

Cada uno de estos pasos se describe a continuación:

Para un cliente que está listo para el cambio, el establecimiento de objetivos y el auto-monitoreo pueden ser una técnica útil para motivar la participación del cliente en la toma de decisiones en lo que necesita para incluir en un plan de tratamiento- nosotros proporcionamos a los clientes un libro de auto-monitoreo, en el cual ellos registran sus objetivos para la siguiente semana y su nivel de confianza para alcanzar este objetivo, entonces ellos monitorean diario cualquier uso de alcohol que tenga lugar, las circunstancias alrededor de la bebida, situaciones de riesgo y estrategias de enfrentamiento empleadas. Los clientes están motivados para usar esta información al ayudar a definir áreas para trabajarse en el tratamiento.

Ya que el asesoramiento SRP se enfoca en la exposición planeada de situaciones de alto-riesgo para el uso de alcohol/ droga, una parte importante de preparar al cliente para el tratamiento involucra el llegar a un acuerdo en las situaciones de uso de alcohol/droga, más problemática del cliente.

Finalmente el programa de asesoramiento SRP se explica al cliente en términos de orientación, requerimientos de asistencia, expectativas de participación en el planeamiento y ejecución de la tarea, y los límites de la confidencialidad del cliente. Otras posibles opciones de tratamiento también se discuten. Entonces se le pide al cliente tomar una decisión explícita, formalizada firmando un contrato de tratamiento, en donde el cliente desea trabajar hacia el cambio en el uso de alcohol/droga entran en un asesoramiento SRP.

#### ASESORAMIENTO "INICIACION" SRP

El asesoramiento estructura de Prevención de Recaídas (SRP) se divide en 2 fases: Iniciación y mantenimiento (Annis, 1990). La fase de "iniciación" se enfoca en estrategias de asesoramiento apropiadas para el cliente en la etapa de "acción"; sólo los clientes que han alcanzado una decisión explícita de cambio y han firmado un contrato de tratamiento se les puede admitir a esta primera fase de asesoramiento SRP. Existe una razón para creer que puede ser perjudicial el emplear procedimientos de asesoramiento orientados hacia la acción con clientes que no han llegado a una decisión de cambio. (Rollnick, 1985).

Tomando en cuenta los desencadenadores problemáticos al uso de sustancias identificados por el cliente para su inclusión en el plan del tratamiento, la fase de "iniciación" del asesoramiento SRP se enfoca en hacer al cliente aprender:

- I) a anticipar cuando estos desencadenadores están en posibilidad de presentarse la siguiente semana, y
- II) comprometerse a un curso de acción alternativo que no se involucre en uso de sustancias.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

La importancia de aprender a anticipar situaciones de alto- riesgo es que haya un tiempo para preparar una forma alternativa de tratar con cada situación. Durante esta etapa de asesoramiento SRP, se motiva al cliente a usar planes de enfrentamiento que sean relativamente seguros y sean conocidos como estrategias poderosas para iniciar un cambio conductual. Esto incluye una dependencia en la evitación y apoyo social.

Típicamente los clientes asisten a 4 sesiones de asesoramiento semanales en la fase de "iniciación" del asesoramiento SRP. Ocasionalmente, se requiere de más sesiones. Para los clientes que experimentan dificultad al iniciar un periodo estable de abstinencia, el uso de una droga protectora o un medicamento anti-deseo pueden ser consideradas como parte de esta fase de asesoramiento SRP.

### ASESORAMIENTO SRP "MANTENIMIENTO"

La segunda fase de asesoramiento SRP, el "mantenimiento" se enfoca en estrategias de asesoramiento su apropiadas para los clientes en la etapa de "mantenimiento". Estos son clientes que han implementado exitosamente un cambio en uso de alcohol y /o otras drogas durante un periodo de al menos 60 días (compromiso al cambio Algoritmo).

Aunque puede discutirse que el termino "prevención de recaídas" debería ser restringido a los clientes en la etapa de "mantenimiento", nosotros hemos encontrado útil incorporar estrategias de "acción" o "iniciación" como la primera fase de un programa de asesoramiento SRP. En la practica, hemos encontrado que los clientes no progresan de un uso exclusivo de estrategias de acción y mantenimiento sobre el curso de asesoramiento con gran dependencia en estrategias de mantenimiento hacia el final del tratamiento. Creemos que es importante que el cliente esté consciente de cuando están siendo usadas las estrategias de la fase I vs. fase II y trabajar hacia el desvanecimiento de la dependencia en estrategias de "iniciación" y formar confianza en el uso de estrategias de "mantenimiento" antes del cumplimiento del tratamiento.

Siguiendo la evidencia empirica en la diferencia entre la iniciación poderosa vs. procedimientos de intervención en el mantenimiento del cambio (Bandura, 1986; Marlatt y Gordon, 1985), la segunda fase del asesoramiento SRP o de "mantenimiento" involucra: i) exposición graduada de la vida real a situaciones de alto riesgo problemáticas para el cliente en el uso de sustancias, II) tareas múltiples dentro de cada tipo de situación riesgosa, III) desvanecimiento de todo tipo de ayuda externa para la ejecución y IV) el diseño de tareas para promover la auto-atribución de control. Detalles de estas estrategias de mantenimiento de asesoramiento de cambio se dan en Annis(1990) y Annis y Davis (1989 a; 1989 b).

En la etapa de "acción", a los clientes se les pide enfocarse en la anticipación de desencadenadores de uso de sustancias que tienen probabilidades de aparecer la siguiente semana; en la etapa de "mantenimiento" se les pide a los clientes describir los pasos que los expondrán a situaciones de alto riesgo que ellos han identificado como problemáticas

en términos de estrategias de enfrentamiento, en la "etapa de acción", los clientes son motivados para el uso de la evitación., apoyo social y quizás un protector o un medicamento anti-deseo, en la "etapa de mantenimiento", se espera que los clientes incrementen sus repertorio de alternativas de enfrentamiento, de tal forma que desvanezcan la dependencia en apoyos externos para promover la auto-atribución de control. Consiste con los resultados empiricos en la relación de repertorio y enfrentamiento con los resultados (Blis, Garvey, Heinhold y Hitchcock, 1989; Curry y Marlatt, 1985; Moser, 1993) y la superioridad de múltiples estrategias de enfrentamiento activas, además de evitación- cognitiva y conductual. Más discusión acerca del desarrollo de alternativas de enfrentamiento en el asesoramiento SRP, así como la importancia del monitoreo de las expectativas cognitivas del cliente sobre el curso del tratamiento se da en Annis (1990) y Annis y Davis (1989 a, 1989 b). Los clientes típicamente asisten entre 4 y 8 sesiones de asesoramiento semanalmente en la fase de "mantenimiento" del asesoramiento SRP.

En conclusión, es ampliamente reconocido que el cambio en la conducta adictiva está asociado con la motivación del cliente para el cambio (Cox, 1990; Marlatt y Gordon, 1985, Sobell y Sobell, 1993)- Se ha prestado atención a la posibilidad de combinar estrategias de asesoramiento (Miller y Rollnick, 1991, Rollnick, 1985). Además de intervenciones de política de salud en la población. (Prochaska, 1994) con la disponibilidad del cliente para el cambio como un medio de aumentar el cambio conductual adictivo. El presente documento describe un programa de tratamiento estructurado para prevención de recaídas (SRP) en el cual los 5 componentes de asesoramiento están combinados con las 5 etapas de cambio del cliente (pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, y mantenimiento). Las premisas principales que fundamentan este programa son:

1.- El tratamiento debe ser breve y de consulta externa. Las evidencias de que las intervenciones breves pueden tener resultados positivos para los bebedores problema sugiere que la principal función del tratamiento con esta población es motivacional para ayudar a esos individuos a utilizar sus propios recursos para lograr su cambio conductual. La orientación conductual ejemplificada en terapia cognitiva (Sánchez-Craig, 1980), terapia conductual individualizada (Sobell y Sobell, 1978), de autocontrol conductual (Miller y Taylor, 1980) y otros tratamientos conductuales (Alden, 1988; Chaney, O'Leary y Marlatt, 1978, Heather, Robertson, Allsop y Fulton, 1987) es consistente con un enfoque motivacional. Todos estos tratamientos enfatizan el análisis funcional del consumo y el reemplazo del consumo excesivo por conductas alternativas. La mayoría de estas aproximaciones también incluyen procedimientos que parecen no necesarios para la mayoría de los bebedores problema. Para estos individuos todo lo que se necesita es aprender una estrategia general para identificar y responder a las situaciones de riesgo.

Investigadores como Edwards (1980); Miller y Hester (1980) ya había sugerido que es más prudente una intervención mínima en donde se enfatice la clarificación de los métodos de trabajo del individuo para facilitar la autoexploración de sus recursos y un tratamiento que ayude a monitorear, más que una intervención masiva.

El valor terapéutico del tratamiento a corto plazo puede basarse en:

- ayudar a los sujetos a aprender como identificar situaciones genéricas que lo ponen en riesgo para un consumo excesivo y a usar maneras alternativas de manejo de estas situaciones,
- ayudar al sujeto a reconocer sus propias fortalezas para manejar situaciones de riesgo (por ejemplo, una persona puede poseer las habilidades necesarias pero no saber cómo pueden ser usadas para evitar este consumo,
- incrementar la motivación individual para evitar el consumo excesivo identificando y enfatizando las consecuencias adversas de tal consumo y
- ayudar al sujeto a reconocer los beneficios derivados de evitar el consumo excesivo.

Un factor importante para la utilización del tratamiento breve se refiere a consideraciones de costo-efectividad, debido a lo limitado de los recursos en el sistema de salud. Sin embargo, el punto importante es que los tratamientos breves deben ser conceptualizados como parte de un sistema general, en donde haya alternativas viables para las personas que necesitan tratamientos más largos, ya que ningún tratamiento es efectivo para todos.

2.- El tratamiento debe dirigirse como una intervención motivacional. Miller (1983, 1985, 1986-1987) ha reportado que las intervenciones motivacionales son particularmente convenientes para los bebedores problema.

Miller y Rollnick (1991) identificaron muchas maneras en que se puede incrementar la motivación; dando consejos, removiendo barreras para cambiar, permitiéndole al usuario una elección tanto percibida como posible en el proceso de tratamiento, contingencias externas para reforzar y apoyar el cambio, proporcionando retroalimentación para reforzar el progreso del tratamiento cuando sea apropiado, señalando metas flexibles y realistas y expresando una actitud de ayuda activa, asegurar al usuario que el cambio es posible, permitiéndole que elija tanto la meta como el plan del tratamiento.

3.- Selección de metas de tratamiento. De acuerdo a la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1986), las metas que representan una norma o modelo interno usado por las personas para evaluar su propia ejecución. Él sugiere que cuando las metas son explícitas, próximas y percibidas a ser alcanzadas, las personas se esfuerzan por igualar su ejecución a éstas, es decir, el tener metas incrementa la motivación. Las personas ejecutan mejor cuando ellos activamente se involucran en el proceso de selección de metas que cuando las metas son impuestas por otros, ya que las personas necesariamente se sienten obligadas a lograrlas.

Miller (1986-1987) sugirió que permitiéndoles a los bebedores problema solucionar sus propias metas atrae a más personas a tratamiento, reduce el desgaste por ésta y mejora las probabilidades de éxito.

Algunos estudios han ofrecido a los bebedores problema la oportunidad de seleccionar sus propias metas (usualmente con ayuda del terapeuta) (Sobell y Sobell, 1986, 1987) y han encontrado que no sólo las metas de tratamiento auto-seleccionadas han sido hipotetizadas

para incrementar el compromiso del usuario (la motivación para lograr éstas, sino también muchos bebedores problema prefieren seleccionar sus propias metas (Sobell, Sobell, Bogardis, Leo, y Skinner, 1992).

Sobell y Cols (1992) encontraron que el preguntarles a sus pacientes dos terceras parte señalaban que ellos preferían seleccionar sus propias metas y un poco más de un cuarto prefería que el terapeuta asignara su meta. También encontraron que incrementaba la motivación porque señalaban que era más probable que lograrán la meta escogida por sí mismos.

Más aún desde la perspectiva de la motivación para el cambio, el punto principal no es el tipo de meta que elige el cliente, sino cómo se hizo ésta decisión. En este tratamiento a los clientes se les pide que especifiquen su propia meta por dos razones: la literatura sugiere que no hay una base para esperar que el asignarle las metas a los usuarios afectará la conducta y la autoselección de metas parece incrementar el compromiso para cambiar.

Cuando la meta auto-seleccionada no se logra, se debe cuestionar lo apropiado de ésta, debido a que el error no puede atribuirse a nadie más. No sólo hay que preguntarse si debe cambiarse, sino también evaluar el compromiso o motivación para el cambio.

Por otro lado, desde una perspectiva a largo plazo cuando las personas logran la meta que escogieron esto fortalece la autoeficacia y consecuentemente ayuda a mantener el cambio conductual, es decir, es preferible para el usuario atribuir el logro a sí mismo.

La instrumentación de dicho programa en México, incorpora algunas variaciones en su aplicación de acuerdo a las condiciones y contingencias locales. Este modelo de tratamiento se está desarrollando mediante un convenio de colaboración con la Fundación para la Investigación de las Adicciones de Toronto-Canadá en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El objetivo principal del modelo, es implementar, evaluar y adaptar éste a la población mexicana, debido a que en el presente se carece en nuestro país de servicios de tratamiento para bebedores problema.

## REFERENCIAS

- ABRAMS, D.B., & NIAURA, R.S., (1987) Social learning theory. In H. Blame K.E. Leonard (Eds) Psychological theories in drinking of alcohol. New York. Guildford pp 31, 172.
- ANNIS, M.H., and DAVIS, C.S. (1988). Assessment of expectencies. In: From, D.M., Donovan and Marlatt, G.A.(Eds). Assessment of addictive behaviors New York. Guildford Press pp 84-111.
- AYALA, V.H., El curso del alcoholismo: una visión psicológica. Revista de Investigación Psicológica. UNAM (en prensa).
- AYALA, V.H. y GUTIERREZ L.M. (1993) Una revisión de Programas de Tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. Consejo Nacional Contra las adicciones. Marzo-Abril no. 16, pp.1-10
- BANDURA A. (1969) Principies of behavior modification. New York, Rinehartand Winston.
- BIJOU, W y RIBES, I. (1972) Modificación de conducta en México. Ed Trillas.
- BLANE H.T., LEONARD K.E. (1987) Psychological theories of drinking and alcoholism. Cap. 3, New York: Guildford.
- 7.A.- BLACWELL B.: Treatment adherence. British Journal of Psychiatry 129,1976 (513-31).
- CAMPBELL, D. y STANLEY, J. Diseños experimentales y cuasiexperimentales de la Investigación Social. Buenos Aires, Argentina. Ed. Amorrortv, 1982.
- CONNORS, G.J., O'FARRELL, T.J. and PELCOVITS, M.A. (1988=). Drinking outcome expectancies among male alcoholics during riapse situations. Brit. J. Addict. 83:561-566.

- CONNORS, J.G., PhD., TARBOX, R.A., PhD., and FAILLACE, L.A., M.D. (1993). CHANGERS IN ALCOHOL. Expectanve and drinking Behavior Among Treated Problem Drinkers. Journal of studies on Alcohol. Buffalo, New York. November. Pp.676-683.
  
- CRITCHLOW, B. (1986). The powers of John Barleycom: Beliefs about the effects of alcohol on social Behavior. Amer Psychologist 41: 751-764.
  
- De La FUENTE, J.R., & Rosousky, A. (1989). Alcoholism a serious health problem in México. Voices of México. UNAM. 11.
  
- 10.A.- Dunbar J.M., Stunkard A.J.: Adherence to medical regimen. En: Nutrition. Lipids and coronary Heart Disease. R. Levy, Brkkind, B. Dennis N. Ernst (Eds): Raven, New York. 1979.
  
- Echeverria, S.L.; Cardenas, L.G., Gutierrez O.M.E.; Vite, S.A. y Ayaka V.H. Educación en el consumo moderado. Una alternativa de prevención del alcoholismo. México, 1991.
  
- ELIZONDO, I.J.A., (1988).Evolución histórica del concepto de alcoholismo. Alcoholismo visión integral. Rafael Velasco Fernández. Ed. Trillas. 39-46.
  
- Encuesta Nacional de Adicciones. Secretaria de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1993.-
  
- GOLDMAN, M.S. (1989). Alcohol Expectancies as Cognitive-Behavioral Psychology: Theory and practice. Tn: Loberg, T., Miller, W.R.; Nathan, P.E: and Marlatt, G.A. (Eds.) Addictive Behaviors: Prevention and Early Intervention, Amsterdam : Swets& Zeitlinger, p.p.11-30.
  
- MARLATT, G.A. (1978). Craving for alcohol. Loss of control and relapse. A cognitive behavioral analysis. In P.E. Nathan; G.A. Marlatt & t. Loberg (Eds), alcoholism: New directions in behavioral research and treatment. New York: Plenum press.

- MARLATT, G.A. (1979) Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis. In P.C. Kendall & S.P. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. New York: Academic Press.
  
- MARLATT, G.A.; BAER J.S.; DONNOVAN D.M.; KIVLAHAN D.R. (1988). *Addictive Behaviors: Etiology and Treatment. A recent review of -Psychology*. No. 39 p.p. 223-252.
  
- MARLATT, G.A. & GORDON, J.R. (1985) Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P. Davidson & S. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Brunner-Mazel.
  
- MARLATT, G.A. y GORDON, J.R. (1985) Relapse Prevention Maintenance strategies in the tratmens of addictive behaviors. New York: Guildford Press.
  
- MARTÍNEZ, S.R. y OVIEDO, C.P. (1994). *Curso de Entrenamiento para padres de Familia para Mejorar el Ambiente Familiar y Prevenir el Abuso de Alcohol entre sus hijos adolescentes*. Pp.34-60
  
- MAYOR, J.Y LABRADOR, J., (1983). *Manual de Modificación de Conducta*. Ed. Nueva Visión.
  
- MEDINA-MORA, M.E.; TAPIA CONYER R.; VILLATORO, J; SEPULVEDA J.; MARIÑO, M.M. (1991). *Patrones de consumo de Alcohol y Síntomas de Dependencia en una región del centro de la República Mexicana*. *Revista Latinoamericana sobre alcohol*.
  
- MILLER, P.J., ROSS, S.M. EMMERSON, R.Y., & TODT, EH.H. (1987). *Self-rfficacy in alcoholics: Clinical validation of the situational Confidence Questionary*. Submitted for publication.
  
- MOLINA, P.V. & SÁNCHEZ, M.L. (1985). **El alcoholismo en México: Patología**. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. Segunda Edición; México, D.F.
  
- PEKARIK, G. (1983b) *Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment*. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 39,909-913.

- PROCHASKA, J.O. & Diclemente, C.C. (1986). Towards a Comprehensive Model of Change. En William R, Miller y Nick Heather (Eds.), Treating Addictive Behaviors: Process of change. New York; plenum.
  
- SECRETARIA DE SALUD Y CONADIC. Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. (1992-1994). Pp 13-67.
  
- SOBELL, L.C. and SOBELL, M.A. (1988). Behavioral Assesment and Treatment Planning with Alcohol andr Drug Abusers: a review with an Emphasis on clinical Aplication. Clinical Psychology Review, vol. 8 USA, P.P. 19-54.
  
- SOBELL, L.C. and SOBELL, M.A. (1994). Programa de tratamiento de Auto Control Dirigido. Manual de Procedimientos. Adaptación y versión al español de Ayala, V.H., et. Al. México. Pp 1-12.
  
- SOBELL, M.A. (1993). Assessment: A. Running Satart. In:: Sobell M.A.; Sobell L.C. (Eds.). Problem Drinkers: Guied Self-Change for Problem Drinkers. Guildford Press. New York. Pp. 62-68.
  
- SOBELL, M.B. y SOBELL, L.C. (1993). Problem Drinkers, Guided Self-change Treatment. New York; Guilford.
  
- TAPIA, CONYER R. (1994). Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. Ed. Manual Moderno S.A. de C.V. México. Pp 57,58,63-72.
  
- WALKER, R.D.; DONOVAN, D.D.; KIVLAHAN, D.R. & O'LEARY, M.R. (1983). Length of saty, neuropsychological performance and aftercare: influences on alcohol treatment outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 51, p.p. 900-911.

# **ANEXOS**

SESION \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Núm. de expediente \_\_\_\_\_

**BALANCE DECISIONAL**

	CAMBIAR MI CONSUMO	CONTINUAR CONSUMIENDO
BENEFICIOS DE:		
COSTOS DE:		

SESION

FECHA

Núm. de expediente \_\_\_\_\_

**TAREA 1**

Para realizar esta tarea es necesario que antes lea la lectura 1: "BALANCE DECISIONAL".  
**COMPLETE LAS FORMAS ANEXAS Y TRAIGALAS EN LA SIGUIENTE SESION.**

**RAZONES PARA CAMBIAR.**

RAZONES PARA CAMBIAR.

Las razones más importantes por las que quiero dejar mi consumo de drogas son:

1.-

---

---

---

---

2.-

---

---

---

---

3.-

---

---

---

SESION \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Núm. de expediente: \_\_\_\_\_

## ESTABLECIMIENTO DE METAS

En esta forma usted tiene que describir como dejar de consumir droga considerando que su meta es la abstinencia. Intente no consumir drogas.

Mi meta es : \_\_\_\_\_

1.- Yo planeo no consumir drogas bajo las siguientes condiciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La gente generalmente quisiera cambiar muchas cosas en su vida. Cambiar la conducta de consumir drogas puede ser una de estas cosas. Usted ya ha descrito su meta de consumo para los siguientes 6 meses. De acuerdo a esa meta, conteste las siguientes dos preguntas:

1.- En este momento, ¿ qué tan importante es para usted lograr la meta establecida?  
Conteste esta pregunta, escribiendo un número del 0 al 100 en el espacio de abajo, usando la siguiente escala como guía:

0-----	25-----	50-----	75-----	100
Nada importante	Menos importante que la mayoría de de las otras cosas que me gustaría lograr cambiar	Tan importante como la mayoría ...	Más importante que la mayoría...	La más importante.

Escriba el puntaje de importancia de su meta aquí -----<sup>o</sup>

2.- En este momento, ¿ qué tan confiado se siente en lograr la meta establecida?  
Conteste a esta pregunta escribiendo un número del 0 al 100 en el espacio de abajo, usando la siguiente escala como guía:

0-----	25-----	50-----	75-----	100
Creo que no lograre mi meta	Tengo el 25 <sup>o</sup> de confianza en lograr mi meta	Tengo el 50 <sup>o</sup> de confianza en lograr mi meta	Tengo el 75 <sup>o</sup>	Estoy totalmente seguro de lograr mi meta

Escriba su puntaje de confianza (de 0<sup>o</sup> a 100<sup>o</sup>) aquí -----<sup>o</sup>

<b>CUESTIONARIO DE ENTREVISTA INICIAL<sup>1</sup></b>
---

Nombre del usuario: \_\_\_\_\_

_ _  ESTUDIO	_ _ _ _  Nº USUARIO	_ _  SESION	_ _ _ _ _ _  DÍA MES AÑO
-----------------	------------------------	----------------	-----------------------------

1. Concentración de alcohol en sangre al momento de la entrevista. |\_|\_|\_|
2. Edad: (en años cumplidos) |\_|\_|
3. Sexo: (1) Masculino (2) Femenino |\_|
4. Nivel educativo: (Nº de años terminados) |\_|\_|

### INTRODUCCION AL PROBLEMA

5. ¿Por qué esta usted buscando tratamiento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de alcohol o droga?

- \_\_\_ (1) No, nunca he recibido ningún tipo de tratamiento para resolver problemas de alcohol o uso de drogas.
- \_\_\_ (2) Si

Tipo de Tratamiento/ayuda	Fecha (mes/año)	Alcohol	Drogas
(1) Centro de desintoxicación	_____	___	___
(2) Tratamiento de C. Externa	_____	___	___
(3) Tratamiento de C. Interna	_____	___	___
(4) Asesoría médica	_____	___	___
(5) Asesoría psiquiátrica	_____	___	___
(6) Grupos de auto-ayuda	_____	___	___

7. Principal problema por el que esta buscando ayuda (marque sólo uno)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Alcohol            | <input type="checkbox"/> (7) Otras (drogas):            |
| <input type="checkbox"/> (2) Tabaco             | _____   |
| <input type="checkbox"/> (3) Cocaína            | _____   |
| <input type="checkbox"/> (4) Heroína            |   |
| <input type="checkbox"/> (5) Marihuana/Cannabis | <input type="checkbox"/> (8) Tengo varios problemas con |
| <input type="checkbox"/> (6) Pastillas          | las drogas que considero de                             |
| Nombre: _____                                   | igual importancia. _____                                |
| _____   | _____   |
| _____   | _____   |

8. ¿Esta siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?

- (1) No.
- (2) Si      Cual: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

9. ¿Esta tomando algún medicamento por prescripción médica?

- (1) No,
- (2) Si      ¿Cuát (cuándo, dónde, por qué?): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

10. ¿Cuanto pesa?

|\_|\_|\_|

11. ¿Que tan satisfecho está con "su estilo de vida" en este momento?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Muy satisfecho   | <input type="checkbox"/> (2) Satisfecho   |
| <input type="checkbox"/> (3) Inseguro         | <input type="checkbox"/> (4) Insatisfecho |
| <input type="checkbox"/> (5) Muy insatisfecho |   |

---

### HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL

12. Estado Civil: (Marque sólo una opción):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> (1) Casado (a)   | <input type="checkbox"/> (2) Soltero (a)    |
| <input type="checkbox"/> (3) Separado (a) | <input type="checkbox"/> (4) Divorciado (a) |
| <input type="checkbox"/> (5) Unión Libre  | <input type="checkbox"/> (6) Viudo (a)      |

13. Con quien vive actualmente (Marque las opciones necesarias):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Esposo (a) | <input type="checkbox"/> (2) Niños     |
| <input type="checkbox"/> (3) Padres     | <input type="checkbox"/> (4) Hermanos  |
| <input type="checkbox"/> (5) Amigos     | <input type="checkbox"/> (6) Parientes |
| <input type="checkbox"/> (7) Solo       | <input type="checkbox"/> (8) Otros     |

14. Describa sus actividades recreativas (por ej. deportes, hobbies, etc): \_\_\_\_\_
- 
15. ¿Estas actividades están relacionadas al uso de drogas o al consumo excesivo de alcohol?
- \_\_\_ (1) No
- \_\_\_ (2) Si
16. ¿Cuando está con amigos o familiares estos lo presionan a beber en exceso o a usar drogas?
- \_\_\_ (1) No
- \_\_\_ (2) Si, pero sólo mis amigos
- \_\_\_ (3) Si, pero sólo mi familia
- \_\_\_ (4) Si, tanto mis amigos como mi familia
17. Entre sus amigos o familiares, ¿quienes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol o de drogas? \_\_\_\_\_
- 

### HISTORIA LABORAL Y LUGAR DE RESIDENCIA

18. Situación laboral (marque sólo una opción).
- \_\_\_ (1) Tiempo completo
- \_\_\_ (2) Medio tiempo
- \_\_\_ (3) Trabaja por su cuenta
- \_\_\_ (4) Trabajo ocasional
- \_\_\_ (5) Sin empleo
- \_\_\_ (6) Incapacitado
- \_\_\_ (7) Estudiante
- \_\_\_ (8) Jubilado
- \_\_\_ (9) Labores del hogar
19. Ocupación actual u ocupación que ha desempeñado con más frecuencia: \_\_\_\_\_
20. Número de años trabajando en ocupación actual: \_\_\_\_\_
21. Número de semanas, durante el año pasado, que estuvo desempleado (0 a 52 semanas): \_\_\_\_\_

22. Número de días de trabajo, durante el año pasado, perdidos como resultado de consumir bebidas alcohólicas, (0 a 360):
23. Número de días de trabajo perdidos, durante el año pasado, como resultado del uso de drogas, (0 a 360):
24. Número de veces que perdió el empleo, durante el año pasado, como resultado de consumir bebidas alcohólicas:
25. Número de veces que perdió el empleo, durante el año pasado, como resultado del uso de drogas:
26. Lugar de residencia en la actualidad:
- (1) Casa propia
  - (2) Departamento o casa rentada
  - (3) Cuarto
  - (4) Sin dirección permanente
  - (5) Albergue
  - (6) Otra \_\_\_\_\_

27. Número de veces que se ha cambiado de casa el año pasado:       

28. Ingreso personal aproximado durante el año pasado:  
\_\_\_\_\_

29. En promedio, ¿cuanto dinero utiliza cada semana en alcohol?: \$         

30. En promedio, ¿cuanto dinero gasta cada semana en comprar drogas?:  
        

## HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

### CONSUMO DE ALCOHOL:

31. ¿Cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol, durante el año pasado?



39. Consumo de alcohol durante el año pasado:  
 En que porcentaje (0 a 100%) consumió durante el año pasado las siguientes bebidas:
- |                         |                 |
|-------------------------|-----------------|
| CERVEZA                 | 0 - 100: _____% |
| VINO                    | 0 - 100: _____% |
| DESTILADOS <sup>2</sup> | 0 - 100: _____% |

40. Resumen de resultados de Línea Base Retrospectiva:
- 
- 
- 

## CONSUMO DE DROGAS:

41. ¿Cuántos días estuvo en el hospital por problemas con el uso de drogas durante el año pasado?      |\_|\_|\_|\_|
42. Número total de arrestos por abuso de drogas:      |\_|\_|\_|\_|
43. ¿Por cuántos años cree usted que ha tenido problemas con su consumo de drogas?      |\_|\_|\_|\_|
44. En la siguiente escala, marque la alternativa que mejor describa su USO DE DROGAS durante el año pasado (marque sólo una opción):
- (1) Sin problema
  - (2) Un pequeño problema, (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa)
  - (3) Un problema menor, (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria)
  - (4) Un problema mayor, (he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria)
  - (5) Un gran problema, ( he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)
45. Desde que el USO DE DROGAS se volvió un problema para usted, ¿cuantas veces ha tratado seriamente de dejar o reducir su consumo?      |\_|\_|\_|\_|

---

<sup>2</sup> 2. DESTILADOS = RON, VODKA, WHICKY, GINEBRA, TEQUILA, BRANDY, ETC

46. Desde que el USAR DROGAS se volvió un problema para usted, ¿durante cuantos meses consecutivos no las ha consumido? (mayor período de abstinencia. Si nunca se ha abstenido marque "0")

¿Cuándo ocurrió?  /   
mes año

¿Porqué se abstuvo en esa ocasión? \_\_\_\_\_

---

### CONSUMO DE TABACO:

(Para ex-fumadores estas preguntas deben contestarse en pasado)

47.  (1) Nunca he fumado  
 (2) Actualmente fumo  
 (3) Ex-fumador (< de 1 año)  
 (4) Ex-fumador (> de 1 año), No. de años: \_\_\_\_\_

48. Por cuantos años ha sido fumador regular:

49. Promedio de cigarros fumados diariamente:

50. Número de minutos que pasan (1 hr. = 60 minutos) desde, que se despierta en las mañanas y enciende su primer cigarrillo:

(para ex-fumadores este dato debe ser antes de dejar de fumar)

## HISTORIA DE SEGUIMIENTO DEL CONSUMO DE DROGA

TIPO DE DROGA	Consumo 1=No 2=Si	Forma de consumo mayormente utilizada 1= Oral 2=Absorción 3=Inyección 4 = Fumada 5 =Inhalada 6 = Otras	** Frecuencia de consumo más usual durante los últimos 90 días	Cantidad consumida con más frecuenci a durante los últimos 90 días
ALCOHOL				
20. CANNABIS (MARIJUANA, MASHIS, ACEITE DE MASHIS)				
21. ESTIMULANTES: COCAINA				
22. ESTIMULANTES: OTRAS (P.EJ. PASTILLAS PARA BAJAR DE PESO, ANFETAMINAS)				
23. ESTIMULANTES: ETANFETAMINAS				
24. DEPRESIVOS: ANSIOLITICOS (VALIUM, LIBRIUM)				
25. DEPRESIVOS: SEDATIVOS, HIPNOTICOS (AMYTAL, DALMANE)				
26. NARCOTICOS: HEROINA				
27. NARCOTICOS: METADONA				
28. NARCOTICOS: (Z22)				
29. NARCOTICOS: OPTIO, MORFINA, DEMEROL, DILAUDIO.				
30. INHALABLES: CEMENTO, SOLVENTES, AEROSOLES.				
31. INHALABLES: NITRATOS VOLATILES				
32. ALUCINOGENOS: LSD, PCP, STP, NDA, POLVO DE ANGEL, Mescalina, PSILOCIBINA				
33. DROGAS ANTI-ALCOHOL: ANTABUSE, TEMPOSIL				
34. otras				

\* NOTA: Si el cuadro "CONSUMO" se contesta "NO", el resto del cuadro debe permanecer en blanco.

\*\* CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO:  
 0 = NO CONSUME      3 = 1 A 2 VECES A LA SEMANA  
 1 < 1 MES          4 = 3 A 6 POR SEMANA  
 2 = 1 VEZ AL MES    5 = DIARIAMENTE

CONSECUENCIAS ADVERSAS DEL USO DE SUSTANCIAS:

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	A L C O H O L	E S T I M U L A N T E S	T R A N Q U I L I	H A R C O T I C O S	S H E E D P A N O T I C O S	S O L V E N T E S	C A N H A B I S	O T R A S
52. Droga Consumida durante los últimos seis meses 1) = NO 2) = SI								
<b>NOTA: DEJAR EN BLANCO LOS SIGUIENTES CUADROS SI NO SE CONSUMEN DROGAS PROBLEMAS EXPERIMENTADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESE</b>								
53. Daño Físico (Incluyendo daño neurológico por sobredosis) 0 = Ninguno 1 = Aviso preventivo del médico 2 = Tratamiento médico por problemas físicos (enfermedad o accidentes), relacionado con el problema de drogas								
54. Daño cognitivo (agudo o crónico) (Incluyendo lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento). 0 = Ninguno 1 = 5 0 menos ocasiones 2 = Más de 5 ocasiones								
55. Daño afectivo (agudo o crónico) (Incluyendo borracheras, cambios de humor, presiones relacionadas con el consumo y cambios de personalidad) 0 = Ninguno 1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2 = Mayor (Con consecuencias en el comportamiento diario)								
56. Problemas Interpersonales 0 = Ninguno 1 = Menor (solamente discusiones o relaciones tirantes) 2 = Mayor (Pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)								

<p>57. Agresión  0 = Ninguno  1 = Abuso verbal cuando está drogado  2 = Violencia física cuando está drogado</p>								
<p>58. Problemas laborales  0 = Ninguno  1 = Trabajo afectado (pérdida de tiempo durante el trabajo, capacidad reducida o quejas del supervisor)  2 = Amenaza de pérdida de trabajo o pérdida del mismo</p>								
<p>59. Problemas legales  0 = Ninguno  1 = solamente acusación (trámite pendiente o sin cargos)  2 = Convicto</p>								
<p>60. Problemas financieros  0 = Ninguno  1 = Menor (gastos en exceso)  2 = Mayor (Consumo de sustancias relacionada con menores ingresos para mantener su consumo)</p>								

**EVALUACION DEL ENTREVISTADOR:** Favor de anotar un breve comentario de cualquier aspecto de la entrevista con el usuario que no esté reflejado en este cuestionario, (por ejemplo, aspecto, sentimientos, proceso de pensamiento, problemas que puedan interferir con el tratamiento):

---

---

---

---

---

**RECOMENDACIONES PARA INICIAR EL TRATAMIENTO:**

---

---

---

---

---

**NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:** \_\_\_\_\_

**PROFESION:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_