

01921  
188



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LOS BENEFICIOS DEL APOYO SOCIAL EN  
USUARIOS DE UN TRATAMIENTO PARA  
BEBEDORES PROBLEMA

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
PRESENTA

MARIA GABRIELA PEREZ TELLEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. HECTOR E. AYALA VELAZQUEZ  
ASESORA DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE

MEXICO, D. F.

2003



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

**A la Universidad Nacional Autónoma de México, y en especial a la Facultad de Psicología, ya que es la institución en la que me he formado como profesional y la que me ha dado la oportunidad de desarrollarme y superarme como ser humano.**

**A la Lic. Leticia Echeverría, ya que con su guía y paciencia, me ayudo a que este proyecto fuera posible. Gracias por el apoyo brindado en los momentos más difíciles.**

**Al Dr. Cesar Casasola, por haber sido un gran maestro y amigo, y por haberme dedicado parte de su tiempo, escuchándome y ayudándome a que este proceso fuera más llevadero.**

**A mis sinodales: Lic. Ma. De los Angeles Mata, Lic. Noemí Barragán, Mtro. Celso Serra Padilla, por haber puesto parte de sus conocimientos y experiencia en la revisión de este trabajo.**

**A los usuarios del Programa de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema y a sus familiares, por haber tenido la disposición y la confianza para participar en este proyecto.**

**A la Dra. Linda Sobell, por haberme proporcionado material e información de gran importancia para la realización de este trabajo.**

**A todos aquellos maestros y maestras, que aman la Psicología, y que fueron capaces de compartirme sus conocimientos, experiencia y amor por la carrera.**

**A Germán Sánchez, Por haberme dedicado parte de tu tiempo, ayudándome en el análisis de datos. Mil gracias.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## DEDICATORIAS

### **A mis padres:**

Gracias por su ejemplo; por el apoyo y la confianza que me han dado durante toda mi vida; por creer en mí; por haber tenido siempre palabras de aliento y de consuelo; por la formación que me dieron; y sobretodo por el amor que siempre me han dado, ya que gracias a él, he logrado todo esto..  
LOS AMO.

### **A Rubén, mi hermano Metalero:**

Aunque no lo exprese con palabras, siempre he sentido tu apoyo y tu compañía. Recuerda que puedes contar conmigo: SIEMPRE.

### **A Hector:**

Por haber sido mi gran compañero todo este tiempo. Gracias por haber estado conmigo, en mis alegrías y frustraciones. Gracias por el amor y la paciencia que me has tenido.  
TE AMO.

### **A mi Abuelito y Tía Carmen:**

Por todos los momentos que hemos compartido juntos. Gracias por su inmenso cariño y por el ejemplo de superación y sabiduría que han sido para mí.

### **A mi Abuela Mary:**

Te dedico este logro con muchísimo amor.

### **A mis amigos: Perla, las Karlas, Tania, Daniel, Gustavo, Virgilio y Alis:**

Porque todos ustedes me escucharon y vivieron conmigo parte de este proceso. Gracias por acompañarme todos estos años (que ya son bastantes) con su amistad. Se han vuelto parte de mi vida.  
LOS QUIERO MUCHO!!!!

### **A Paty Temblador:**

Gracias por todo tu apoyo, amor y confianza; por haber estado pendiente y haberme apoyado en momentos de desesperación; por la alegría que sueles transmitirme. Gracias por ser una super escucha y amiga (lo cual es un privilegio que pocos podemos tener).

### **A Patricia Sarvide:**

Por ser mi líder, guía y escucha; por ser un ejemplo de mujer luchadora y valiente; por la confianza y amor que me has dado; por todo lo que me has enseñado durante mi proceso. Por enseñarme que TODO ES POSIBLE. Por ser un gran ser humano.

### **A mis queridísimas escuchas: Pilar, Susana y Toña,**

Sin su ayuda y compañía, este trabajo hubiera sido más difícil. Gracias por estar a mi lado siempre que lo requerí y por haber sido parte del proceso emocional más importante de mi vida.  
Su compañía, hizo la diferencia.

### **A RC y por supuesto a Harvey Jackins,**

Por haber conocido esta filosofía, la cual se ha vuelto un estilo de vida.

Con mucho cariño, a mis Tíos y Primos (Pérez-Téllez).

Una mención y dedicatoria especial al:

**DR. HÉCTOR AYALA VELÁZQUEZ.**

Por haber sido mi maestro y haberme dado la oportunidad de participar dentro de sus proyectos de investigación.

Por haber puesto parte de su conocimiento y experiencia en la dirección de este trabajo.

Por el invaluable legado que aportó al área de la Psicología de la Salud y Conductual.

**DESCANSE EN PAZ**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RECONOCIMIENTOS

Agradezco y doy un reconocimiento muy especial a todo el personal académico de la Facultad de psicología de la UNAM, que participó en la realización de esta investigación, ya que sin su colaboración y orientación, esto no hubiera sido posible.

En la validación de los materiales e instrumentos (temas del Folleto Informativo y traducción del "Alcohol Questions") utilizados en esta investigación:

- Dra. Amada Ampudia
- Dr. Héctor Ayala Velázquez †
- Lic. Leticia Echeverría
- Mtra. Karina Jiménez
- Mtra. Kalina Martínez
- Mtro. Roberto Oropeza
- Mtro. Celso Serra

En el análisis de datos y asesoramiento metodológico: Dr. Cesar Casasola.

Correcciones y dirección metodológica: Lic. Ma. De los Angeles Mata.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

H

# INDICE

Página

## RESUMEN

INTRODUCCION .....	1
I. MARCO TEÓRICO .....	4
CAPITULO I. EPIDEMIOLOGIA .....	4
CAPITULO II. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO .....	14
1. INTERVENCIONES BREVES Y PROGRAMAS DE AUTOCONTROL .....	16
2. TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL .....	23
3. ALTERNATIVA DE INTERVENCION BREVE Y TEMPRANA EN MEXICO .....	27
4. ANALISIS DEL PROGRAMA DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA .....	34
CAPITULO III. LA FAMILIA COMO APOYO SOCIAL EN EL TRATAMIENTO DE BEBEDORES PROBLEMA .....	39
1. CONCEPTOS TEORICOS DE FAMILIA Y DE APOYO SOCIAL .....	41
II. OBJETIVO .....	51
III. DEFINICION DE VARIABLES .....	52
IV. METODO .....	53
A) TIPO DE MUESTRA .....	53
B) ESCENARIO .....	54
C) DISEÑO EXPERIMENTAL .....	54
D) INSTRUMENTOS Y MATERIALES .....	54
E) PROCEDIMIENTO .....	56
V. RESULTADOS .....	57

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A

VI.	DISCUSION Y CONCLUSIONES .....	81
VII.	SUGERENCIAS .....	87
VIII.	LIMITACIONES .....	88
	BIBLIOGRAFIA .....	89
ANEXO 1:	FOLLETO INFORMATIVO	
ANEXO 2:	CUESTIONARIO DE ALCOHOL PARA EL COLATERAL	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

A partir de los resultados obtenidos en el Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, (desarrollado por Sobell y Sobell en la Fundación para la Investigación de las Adicciones en Toronto Canadá y adaptado para la población mexicana por el Dr. Héctor Ayala Velázquez y cols., en la Facultad de Psicología de la UNAM), se ha observado que uno de los problemas que aún no se ha podido controlar, es la falta de *adherencia terapéutica* por parte de los usuarios, la cual se refiere tanto al abandono prematuro del tratamiento, como al incumplimiento parcial o total de las instrucciones o metas terapéuticas, por parte del usuario. Por lo tanto, se ha manifestado la importancia de incluir dentro del programa, factores motivacionales (tales como la familia), que ayuden al usuario a concluir el tratamiento y a cumplir con las metas del mismo. Al respecto, diversas investigaciones han evidenciado que la familia, es un elemento que influye de manera importante, en el desempeño que muestra una persona que abusa del alcohol, dentro del tratamiento.

Con base en lo anterior, para el presente trabajo, se diseñó una Sesión Informativa y un Folleto dirigido a los familiares de los usuarios del Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema, con información referente al abuso de alcohol y al tratamiento, con el objeto de observar los cambios producidos por dichos materiales, en la claridad y objetividad de dichos temas. Asimismo, se tuvo como objetivo, observar si existían diferencias en la adherencia al tratamiento (conclusión o deserción) y en el mantenimiento de la meta (moderación o abstinencia) por parte de los usuarios, según el tipo de información recibida por sus familiares.

La muestra de bebedores problema que participaron en la presente investigación, fue de tipo no probabilístico accidental, quedando integrada por 12 personas (8 hombres y 4 mujeres) que ingresaron al Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM. El criterio de inclusión que se utilizó para que los usuarios pudieran participar en este trabajo, fue, que contaran con la participación de un familiar, con el que tuvieran contacto diario, durante el tratamiento. Por otra parte, la muestra de colaterales (familiares cercanos al usuario), quedó conformada también por doce personas (10 mujeres y 2 hombres).

El diseño de la presente investigación fue cuasi-experimental, pretest - postest, con tres grupos, dos experimentales y uno control (4 parejas usuario/familiar, en cada grupo). La distribución de las parejas dentro de cada grupo, se hizo de la siguiente manera: la primera, se asignó al Grupo Experimental 1, la segunda al Grupo Experimental 2, la tercera al Grupo Control, la cuarta al Grupo Experimental 1, y así sucesivamente, quedando la pareja número 12 en el Grupo Control. Por otra parte, se trabajó y se validó, el *"Alcohol Questions" de Sobell y Sobell ("Cuestionario de Alcohol para el Colateral")*. Dicho cuestionario, fue aplicado a los colaterales de los tres grupos, antes de comenzar las sesiones de tratamiento y a los seis meses de seguimiento. Los colaterales del Grupo Experimental 1, recibieron la Sesión Informativa junto con el Folleto; los del Grupo Experimental 2, obtuvieron solamente el Folleto y, los del Grupo Control, no recibieron ninguna clase de información. Cabe mencionar que el *"Cuestionario de Alcohol"* no se aplicó al final del tratamiento, ya que el tiempo que pasó entre la 1ª y la 4ª sesión de los sujetos que concluyeron el tratamiento, varío de 8 a 16 semanas, por lo que se decidió establecer una medida estándar de tiempo, para realizar el postest (seis meses después de haber concluido con la 4ª sesión).

A través de los resultados obtenidos por los usuarios, tanto en las sesiones de tratamiento como en la fase de seguimiento, se comparó la *adherencia* al tratamiento (deserción/conclusión), el número de copas ingeridas por sesión, el número de recaídas por sesión y el patrón de consumo de cada grupo. Asimismo, se compararon los resultados que los colaterales obtuvieron en el *"Cuestionario de Alcohol para el Colateral"*, antes de que el usuario iniciara con el tratamiento y seis meses después de que éste concluyera.

Los resultados muestran, que el Grupo Experimental 1, fue el que en general obtuvo mejores más notables, ya que el número de copas ingerido por sesión disminuyó marcadamente, así como el número de recaídas. De la misma forma, el porcentaje de tiempo en que los usuarios de este grupo fueron abstinentes y/o consumieron moderadamente, aumentó hacia el final del tratamiento. Por otro lado, el Grupo Control, aunque en las primeras sesiones disminuyó el número de

copas ingeridas y el número de recaídas, no mantuvo el cambio al final del tratamiento. El Grupo Experimental 2 fue el que mostró menor adherencia al tratamiento (solamente un sujeto asistió al seguimiento). Por otra parte, los resultados obtenidos por los colaterales en el postest del Cuestionario de Alcohol, resaltan, que aquellos que recibieron la plática informativa, pudieron situar al problema de abuso de alcohol, como un fenómeno causado por situaciones ambientales (no como enfermedad); pudieron establecer, que sí hay diferencias entre un bebedor problema y un alcohólico y, reconocieron a la abstinencia y a la moderación, como posibles alternativas para la recuperación de un bebedor problema. Estos resultados, resaltan que los usuarios que contaron con la asistencia de uno de sus familiares a la plática informativa, mostraron mayor adherencia al tratamiento y redujeron su patrón de consumo, comparados con aquellos que sus familiares no recibieron esta información. Sin embargo, hay que mencionar que el Grupo Experimental 1, fue el que mostró, durante la Línea Base, un mayor porcentaje de abstinencia y un menor porcentaje de consumo excesivo, lo cual pudo haber influido en los resultados. Por otro lado, el problema del abuso de alcohol es multifactorial, lo cual nos indica, que elementos tales como el apoyo de la red social natural del usuario, la historia de consumo, la etapa de cambio en la que éste se encuentra, el estilo del terapeuta, etc., influyen en el resultado que se obtenga en un tratamiento. Por lo tanto, en el presente trabajo, se puede concluir que cuando familiares cercanos al usuario, obtienen información objetiva acerca de los efectos que provoca el alcohol en el área fisiológica, social y laboral, las diferencias que existen entre un bebedor problema y un alcohólico, las opciones de tratamiento que existen y las características del tratamiento en el que se encuentra su familiar, están en mejores condiciones de apoyar al usuario durante y después del tratamiento. Se puede decir entonces, que la información objetiva que los colaterales reciben, es un elemento que *influye* en el éxito que el usuario tenga en su tratamiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION

El consumo de alcohol ha estado presente en las sociedades de todos los tiempos; hasta en los lugares más recónditos, el hombre ha encontrado en la naturaleza los elementos necesarios para elaborar cualquier tipo de bebida. En nuestro país desde tiempos prehispánicos el pulque, el mezcal y otras bebidas, se vinculan a festejos y rituales. El alcohol ha formado parte de la cultura de los pueblos, considerando su uso como una práctica aceptada (ENA, 1993).

Actualmente el consumo excesivo de alcohol y el alcoholismo han llegado a representar uno de los principales problemas de salud en nuestro país. Existen factores que facilitan su consumo, tales como la distribución, promoción, venta ilegal a menores de edad, gran aceptación social, además de que se asocia a estados emocionales placenteros. Hoy en día, el alcohol es la droga de más alto consumo en nuestra sociedad y es la que cuenta con un mayor número de adictos (CONADIC, 2000).

Ubicándonos dentro de un continuo en el consumo del alcohol, tenemos en un extremo a las personas abstemias, mientras que en el otro se encuentran aquellas con una dependencia severa al alcohol (alcohólicos). Entre estos dos extremos, se ubican aquellas personas que consumen alcohol en forma episódica pero excesiva. A estas personas se las conoce como "Bebedores Problema o Bebedores Excesivos" (Ayala y Echeverría, 1998). En México, así como en muchos otros países, un mayor porcentaje de personas pertenece a este grupo.

Los Bebedores Problema en comparación con aquellas personas con dependencia severa al alcohol, suelen tener redes sociales y familiares, menos deterioradas y mayor estabilidad económica y laboral. A pesar de esto, existen ciertos eventos que nos indican que el consumo excesivo de alcohol ha empezado a provocar daños en la salud física y/o mental del bebedor, así como en su vida familiar, social, laboral y en su economía. (Ayala y Echeverría, 1998)

La búsqueda de modelos de tratamiento efectivos para problemas relacionados con el consumo excesivo del alcohol, ha generado una creciente preocupación entre las autoridades de salud a nivel internacional, ante la ineficacia de los modelos tradicionales que abordan esta problemática (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995). De hecho, los programas de tratamiento para bebedores problema no han tenido el éxito deseado, debido a que se utilizan los mismos procedimientos que para los casos más severos; es decir, se sigue el modelo de enfermedad, en donde la meta de tratamiento tiene una orientación hacia la abstinencia que los usuarios no están dispuestos a seguir, por considerar que su consumo no es tan grave (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998).

Con base en varias investigaciones, se ha encontrado que las "Intervenciones Breves" constituyen una excelente opción para la reducción del patrón de consumo de alcohol en bebedores problema. Este tipo de intervenciones tienen como característica que la moderación en el consumo de alcohol, está contemplada

dentro de las metas de tratamiento. Se ha podido observar, que bajo condiciones ambientales controladas, los bebedores problema pueden aprender a limitar su ingesta. Otra característica es que el usuario tiene la oportunidad de participar de manera directa en su tratamiento a través del establecimiento de metas. El Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema (programa desarrollado por los Doctores Sobell en la Fundación para la Investigación de las Adicciones en Toronto Canadá y adaptado para la población mexicana por el Dr. Héctor Ayala Velázquez y colaboradores en 1992, en la Facultad de Psicología de la UNAM) es una intervención breve y motivacional, basada en la intervención temprana, que ayuda a las personas a comprometerse en la modificación de su conducta (Echeverría y cols. 2000).

A pesar de que los resultados de este programa, muestran cambios significativos en el patrón de consumo de bebidas alcohólicas, de aquéllos usuarios que concluyen con el tratamiento, la deserción es un fenómeno que no se ha podido controlar en su totalidad. Por lo tanto, es necesario que dentro del tratamiento se incluyan elementos motivacionales, tales como la familia, que ayuden al usuario a comprometerse tanto con el tratamiento y las metas del mismo, como con el mantenimiento del cambio.

Debido a lo anterior, una vez que el bebedor excesivo ha decidido modificar su conducta y ha entrado al Programa de Auto-Cambio Dirigido (Ayala y cols. 1995), es importante que cuente con fuentes de apoyo social, que le proporcionen ayuda continua y promuevan cambios de actitud (Galanter, 1993). Diversos investigadores en prevención del abuso en el consumo de alcohol, han identificado a la familia, como facilitadora e impulsora del cambio social (Howard, 1993). Por lo tanto, es razonable planificar el tratamiento del usuario, recurriendo a los vínculos sociales disponibles en su propia comunidad, los cuales se conocen como la *red social* de un individuo. Los componentes de esta red, sólo son partes de los sistemas naturales de apoyo que operan habitualmente sin intervención profesional, pero si es posible conseguir que actúen conjuntamente, la fuerza de su influencia social puede servir como recurso terapéutico (Galanter, 1997).

Graña (1994) indicó que la familia del consumidor de alcohol o drogas es uno de los ejes fundamentales en el éxito de un programa psicosocial en drogodependencias. Los familiares son una fuente importante de recursos terapéuticos por la gran dependencia que manifiestan los abusadores de alcohol o drogas hacia su núcleo familiar.

Así mismo, Collins (1990) señaló que hay evidencia de que la respuesta al tratamiento de una persona con problemas en su forma de beber, es mejor cuando se incluye a los miembros de la familia (parece particularmente cierto cuando se incorpora a los cónyuges en el proceso de tratamiento). Igualmente se ha demostrado que personas con una familia estable y/o que cuentan con un ambiente familiar participativo, han funcionado mejor después del tratamiento, que aquellos individuos que carecen de dichos recursos (Sobell, Sobell y Leo, 2000).

Existe evidencia de que la forma en que los familiares cercanos enfrentan o reaccionan ante el consumo de alcohol o drogas (ya sea excesivo o no) ejerce una influencia determinante para que el consumo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

futuro se mantenga estable o cambie a niveles mayores o menores. En ciertas ocasiones el consumo excesivo de alcohol o de otra sustancia, es detectado antes por los familiares cercanos que por el mismo consumidor. De aquí que los miembros de la familia puedan ser el principal recurso para la prevención y la solución de problemas asociados con el uso de alcohol o drogas (Natera, Casco, Nava y Ollinger, 1990).

Con base en varios estudios se ha señalado que los recursos de apoyo social con los que cuenta la familia para hacer frente a este tipo de situaciones, están relacionados con la búsqueda de mejores niveles de bienestar. Sin embargo, no es suficiente que la familia cuente con estos recursos, si no que es necesario, que estén a su alcance y que la ayuda que brinden sea de utilidad (Natera, Mora y Tiburcio, 1999). Asimismo, se ha indicado que el consumo excesivo de alcohol es un fenómeno que causa tensión y angustia para muchas familias debido a la falta de información que existe alrededor de éste tema (CESAAL, 1999). Por lo tanto es necesario realizar un programa de intervención en donde además de trabajar con el usuario, también se incluya a la familia, proporcionándole información específica acerca del consumo excesivo de alcohol y de las características del programa de tratamiento del usuario. De esta manera, la familia tendrá los elementos necesarios para fungir como apoyo, dentro del programa de tratamiento del usuario y por lo tanto tener un pronóstico más favorable.

Un ejemplo de la importancia que tiene la familia dentro del proceso terapéutico, es que dentro del tratamiento que recibe el usuario, es habitual que éste pase por períodos de abstinencia o consumo moderado de alcohol o tenga recaídas, de tal forma que la familia puede ser orientada en la forma en que debe actuar en estas situaciones de crisis, potenciando así el proceso motivacional para evitar la deserción y lograr el mantenimiento del cambio.

Debido a lo expuesto anteriormente, es necesario desarrollar programas en donde la familia del usuario participe en el tratamiento, obteniendo información adecuada y oportuna, y de esta forma constituya un elemento motivacional importante en el tratamiento.

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar materiales dirigidos a los familiares de los usuarios del Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema, que contengan información acerca de qué es el alcohol (efectos, qué es el alcoholismo, quiénes se consideran bebedores problema, qué es el consumo moderado de bebidas alcohólicas, etc.), características del Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema y el papel de la familia dentro del proceso terapéutico, todo esto con el fin de que con dicha información, los familiares puedan afrontar el problema del abuso de alcohol positivamente, y por lo tanto contribuir, para que el usuario consiga una mayor adherencia tanto al tratamiento, como al mantenimiento de la meta del mismo (moderación o abstinencia).

## I. MARCO TEORICO

### CAPITULO I. EPIDEMIOLOGIA.

Actualmente el abuso en el consumo de alcohol ha llegado a representar uno de los 10 principales problemas de salud en nuestro país. Hoy en día, el alcohol es la droga de más alto consumo en nuestra sociedad y es la que cuenta con un mayor número de adictos (CONADIC, 2000).

Tanto el abuso en el consumo de alcohol y el alcoholismo, son problemas que requieren de una atención prioritaria por las alteraciones que provocan en la salud de la población, manifestándose en enfermedades del hígado (cirrosis), gastrointestinales, cardíacas, psiquiátricas y de la conducta. Además se ha observado una asociación entre el consumo de alcohol y una serie de problemas sociales tales como accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar, ausentismo laboral, lesiones, comportamientos de alto riesgo, agresividad y actos de homicidio y suicidio (Rosovsky y cols. 1994).

La importancia de desarrollar programas que sirvan para prevenir o dar tratamiento al consumo excesivo de alcohol, se ha visto matizada por el creciente aumento en su incidencia y prevalencia, de acuerdo a estudios epidemiológicos recientes. La Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, pone de relieve que si bien en México el índice de alcoholismo no es tan elevado en comparación con otros países, paradójicamente las consecuencias negativas por su consumo son mayores que en países con tasas de consumo per capita más altas. Esto se debe a que un alto porcentaje de la población mexicana, aunque no presenta una dependencia severa al alcohol, cuando bebe tiende a hacerlo en exceso (Medina-Mora y cols. 1989).

Algunos estudios transculturales en México y Estados Unidos, reportan que en México se tienen tasas más altas de consumo poco frecuente y de grandes cantidades (24% y 6% respectivamente), así como tasas menores de consumo frecuente de bajas cantidades (3% y 12% respectivamente) (Caetano y Medina-Mora, 1988). Asimismo, se ha observado que en México una proporción importante de los problemas que se derivan del abuso de alcohol son resultado de prácticas inadecuadas en personas no dependientes.

En 1993, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizó 20,243 entrevistas completas, teniendo una distribución del 45.5% para el género masculino y el 54.5% para el femenino. En cuanto a la distribución de la edad, el grupo de sujetos entre 12 y 18 años conformó el 31.7% de la muestra, mientras que el resto se distribuyó en los grupos de entre 19 y 65 años.

La ENA de 1993, reportó que casi dos terceras partes de la población a nivel nacional se clasificaba dentro de la categoría de bebedores (65%), lo cual permite estimar que en 1993 habían poco más de 28 millones de personas catalogadas como tales. La población de abstemios se dividió en dos grupos, aquellos que nunca habían bebido (No Bebedores) y aquellos que habiendo bebido en el pasado no lo hicieron en los 12

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

meses previos al estudio (Ex Bebedores). El 25% de las personas entrevistadas se ubicaron dentro del grupo de los No bebedores y el 8% dentro del de ex- bebedores (Gráfica 1)



1: Bebedores

2: No Bebedores

3: Ex Bebedores

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones/  
Dirección General de Epidemiología/SS, 1993

Dentro del grupo de bebedores, el 53.7% se ubicaba entre los 12 y 18 años y el resto caía en el rango de 19 a 65 años. Con respecto al género, del total de hombres entrevistados, el 77.2% de ellos eran bebedores, mientras que del 100% de mujeres entrevistadas, 57.5% de ellas bebían.

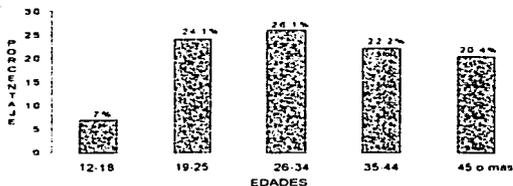
En relación con la frecuencia, el 23.4% de la población bebedora consumió alcohol de 1 a 3 veces por semana, el 16.2% entre 1 y 4 veces por semana y cerca del 3% entre 5 y 7 veces por semana. Más de la tercera parte de la población bebedora consumió con una frecuencia de 2 a 6 veces al año. El 9.4% de la población urbana presentó dependencia al alcohol (poco más de 3,000,000 personas). Por lo tanto, se puede observar que el patrón de consumo más frecuente en México, es aquel que se caracteriza por ser esporádico pero excesivo, lo cual se encuentra relacionado con problemas tales como accidentes y delitos (ENA, 1993)

Dentro de la población bebedora, un 23.4% bebía hasta embriagarse, es decir, más de 6,000,000 de bebedores tomaron hasta la ebriedad. De ellos, un 7% eran menores de 18 años y el 93% eran adultos. El 88.9% de la población que llegaba a la embriaguez era de sexo masculino. El grupo de personas de 26 a 34 años, fue el que presentó el mayor porcentaje de personas que bebían hasta la ebriedad (26.1%). En el grupo de 19 a 25 años, casi una cuarta parte presentó este tipo de consumo (Gráfica 2)

En el grupo de personas que bebían hasta llegar a la ebriedad, el 5% lo hizo de 1 a 7 veces por semana, el 15% entre 1 y 3 veces por mes y casi el 80% de 1 a 6 veces por año.

**GRAFICA 2**

DISTRIBUCION POR EDAD DE LA POBLACION QUE LLEGA A LA EBRIEDAD



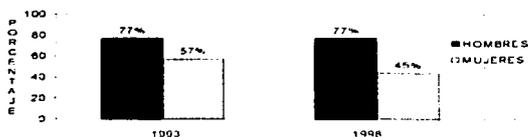
Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones/  
Dirección General de Epidemiología/SSA, 1993

Para 1998 la Secretaría de Salud (SS) a través de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Dirección General de Epidemiología y el Consejo Nacional Contra las Adicciones realizó la tercera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 1998) para actualizar la información sobre la prevalencia y abuso de distintas sustancias adictivas. Se realizaron 12,015 entrevistas completas (3,882 adolescentes y el resto adultos de 18 a 65 años). La distribución por sexo fue del 43.1% para el sexo masculino y del 56.9% para el femenino.

En la ENA de 1998, se puede observar que el consumo de bebidas alcohólicas en nuestro país sigue siendo una práctica característica de la población masculina. En comparación con los resultados de la ENA de 1993, no se mostraron diferencias significativas en cuanto al número de personas que beben (Gráfica 3). En 1998, el 77% de los varones que habitaban en zonas urbanas, reportó haber bebido en los 12 meses previos a la encuesta, en tanto que esta conducta sólo se observó en el 44.6% de las mujeres. Tanto en mujeres como en hombres, esta fue una práctica común entre los grupos de menor edad alcanzando su punto máximo entre los 30 y 39 años (47.8% en mujeres, 82.4% en hombres), descendiendo después de los 50 (36.2% en mujeres y 68% en hombres).

**GRAFICA 3**

PREVALENCIA DE BEBEDORES POR SEXO Y POR AÑO



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones/  
Programa Contra El Alcoholismo Y Abuso De Bebidas Alcohólicas/1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

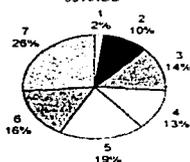
Entre las mujeres, el 37.7% reportó nunca haber consumido una copa completa de una bebida con alcohol, mientras que el 17.6% no había bebido durante los últimos 12 meses (Ex Bebedoras), en tanto que entre los varones es más común encontrar ex bebedores (14.4%) que personas que nunca han bebido (8.7%).

La distribución de consumidores en el país indica que la proporción más elevada se ubica en la zona centro (62%) y de las ciudades estudiadas el Distrito Federal y Guadalajara, son las que tienen los índices más altos

De acuerdo con los resultados de la ENA de 1998, el patrón característico en los hombres que habitan zonas urbanas, es el de consumo de grandes cantidades por ocasión, la cual ocurre mensual o semanalmente, en tanto que el consumo frecuente de bajas cantidades no es común entre los mexicanos, ya que generalmente las personas acostumbran beber solo los fines de semana. Sólo el 2.2% de las personas entrevistadas reportaron beber diario o casi diario (4.8% de hombres y 0.3% de mujeres). Entre los varones, este tipo de consumo aumenta con la edad, se observa en el 2.9% de los jóvenes entre 18 y 29 años y alcanza un 8.3% en el grupo de más de 50 años. En las mujeres es una práctica poco usual independientemente de la edad. Aproximadamente, una cuarta parte de la población bebe de una vez a la mes a 4 veces por semana (Gráfica 4).

**GRAFICA 4**

FRECUENCIA DE CONSUMO EN POBLACIÓN URBANA DE 18 A 65 AÑOS



- 1- Diario o casi diario    2- 1 a 4 veces por semana    3- 1 a 3 veces por mes    4- 3 a 11 veces al año  
5- 1 a 2 veces al año    6- Ex Bebedores    7- No Bebedores

Fuente: Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades/  
Dirección General de Epidemiología/  
Instituto Mexicano de Psiquiatría/CONADIC/1998

Con el objetivo de describir los patrones de consumo de bebidas alcohólicas de la población entrevistada, se interrogó sobre la frecuencia y la cantidad con que la población bebedora consumía por ocasión de consumo. Con base en esta información, se diferenciaron 8 patrones de consumo:

- **Abstemios:** Personas que no consumieron alcohol en el último año o que han consumido antes del último año, sin importar la cantidad por ocasión.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- **Bebedores poco frecuentes de bajo nivel:** Personas que reportaron beber en el último año, pero nunca 5 copas o más por ocasión.
- **Bebedores poco frecuentes de alto nivel:** Son personas que han consumido en el último año y en alguna ocasión bebieron 5 copas o más, pero no en el último mes.
- **Bebedores moderados de bajo nivel:** Son quienes consumieron en el último mes y nunca bebieron 5 copas o más.
- **Bebedores moderados de alto nivel:** Son los que consumieron en el último mes y en el último año o en el último mes, bebieron 5 copas o más en alguna de las ocasiones.
- **Bebedores frecuentes de bajo nivel:** Consumieron en la última semana pero nunca bebieron en el último año más de 5 copas.
- **Bebedores frecuentes de alto nivel:** Consumieron en la última semana y en el último año o en el último mes bebieron 5 copas o más, en alguna de las ocasiones.
- **Bebedores frecuentes consuetudinarios:** Consumieron en la última semana y en una de esas ocasiones tomaron 5 copas o más.

Con base en esta clasificación, se encontró que el 55.3% de las mujeres entrevistadas nunca habían bebido o no lo habían hecho durante el último año; en contraste, sólo el 23.1% de los hombres se agruparon en esta categoría. Por otra parte, el rubro de bebedor moderado de alto nivel fue el que presentó un mayor porcentaje dentro del sexo masculino (18.2%); seguido del bebedor poco frecuente de alto nivel (16.3%); mientras que el 29.5% de las mujeres cayeron dentro del grupo de bebedor poco frecuente de bajo nivel. En cuanto a la forma de beber consuetudinaria, el 16% de los hombres entrevistados presentaron este patrón de consumo. Contrariamente, sólo el 0.8% de las mujeres se clasificaron dentro de este grupo. Por otro lado, el grupo de bebedor poco frecuente bajo, es más común en las mujeres (29.5%) que en los hombres (11.4%).

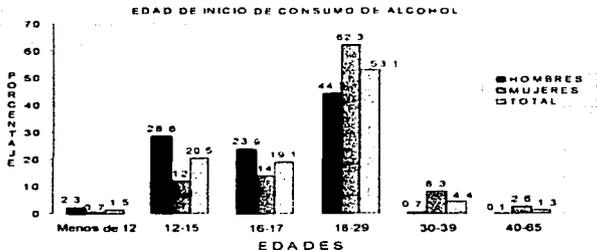
El consumo de grandes cantidades por ocasión es más frecuente en la zona norte del país (11.1%), con índices más elevados en las ciudades de Monterrey (15.5%) y Ciudad Juárez (11.9%).

Con respecto a la edad, se observó que en dos de los patrones de consumo alto (bebedor poco frecuente alto y moderado alto), el mayor porcentaje lo presentó el grupo de hombres entre 30 y 39 años (19% y 22.5% respectivamente). Igualmente, el porcentaje más alto de bebedores consuetudinarios (18.8%) lo presentó este grupo de edad. El porcentaje más alto de bebedores frecuentes de alto nivel se encuentra en el grupo de 40 a 49 años (8.8%). Dentro del grupo femenino, se encontraron resultados similares, ya que el grupo de edad de 30-39 años fue el que presentó el porcentaje más elevado, dentro de los patrones de consumo altos (Bebedor moderado alto: 2.9%; Bebedor frecuente alto 0.8%; Bebedor consuetudinario: 1.1%).

En cuanto a la edad de inicio, el 53.1% de los entrevistados tomaron su primera copa de alcohol entre los 18 y 29 años; el 43.3% de los hombres y el 62.3% de las mujeres, se ubicaron en este grupo. Por otra parte, las mujeres mostraron iniciar su consumo en edades más tardías que los varones; el 54.8% de los hombres y el

26.8% de las mujeres, bebieron su primera copa completa de alcohol antes de cumplir la mayoría de edad (Gráfica 5).

GRAFICA 5



Fuente: Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades/  
Dirección General de Epidemiología/  
Instituto Mexicano de Psiquiatría/Consejo Nacional Contra las Adicciones/1998

En relación al número de copas ingeridas en un solo día, se encontró que el 28.5% de los entrevistados solían beber 1 o 2 copas, mientras que el 2.5% habían bebido 24 copas o más en un mismo día. El 52% de las mujeres y el 9.4% de los varones, reportaron haber bebido como máximo de 1 a 2 copas. Asimismo, más de la mitad de la población masculina, reportó haber bebido de 5 a 11 copas como máximo en un solo día.

En general, se puede observar que sin tomar en cuenta la edad, los hombres presentan patrones de consumo significativamente más altos que las mujeres. Sin embargo, a pesar de que las mujeres beben menos que los varones, aquellas que lo hacen, tienden a consumir cantidades mayores. Esto quiere decir que cuando una mujer pasa la barrera social que la protege del consumo, tiende a beber más (CONADIC, 2000). No obstante, muchos de los casos de consumo alto entre mujeres, no son reportados debido a que socialmente la mujer suele ser objeto de mayor rechazo que el hombre, cuando desarrolla problemas en su forma de beber. Por lo tanto, las condiciones que rodean a las mujeres dificultan enormemente su tratamiento y rehabilitación.

Los problemas relacionados con la ingestión de bebidas alcohólicas, pueden dividirse en dos grupos: a) **PROBLEMAS PERSONALES** (indican que el alcohol está ocasionando efectos físicos adversos en los bebedores) y b) **PROBLEMAS SOCIALES** (evidencian que hay fricciones entre el bebedor y su ambiente). Entre estos últimos se encuentran problemas con la policía, de trabajo, con la familia, de salud, violencia y accidentes. El consumo poco frecuente pero explosivo se encuentra muchas veces relacionado con accidentes y delitos.

Con respecto a los daños a la salud originados por el alcohol, el INEGI reportó en 1998, que el alcoholismo y otras enfermedades crónicas del hígado (relacionadas con la ingesta de alcohol), constituyen una de las 5 primeras causas de mortalidad en la población mexicana, siendo la causa que ocupa el primer lugar en hombres de 45 a 64 años. Igualmente, el síndrome de dependencia al alcohol y los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol, se ubicaron dentro de las 20 principales causas de mortalidad en hombres de 25 a 64 años de edad (INEGI, 1998).

En relación con los accidentes asociados con el alcohol, estudios realizados en diferentes ciudades del país muestran que uno de cada cinco ingresos a salas de urgencia por eventos traumáticos tiene niveles positivos de alcohol en sangre, pero que apenas uno de cada 10 son personas dependientes al alcohol. Los reportes de personas que han sufrido accidentes automovilísticos, en donde el alcohol ha estado involucrado, señalan que solamente 18% de ellos son dependientes. Esto confirma, que los accidentes en los que el alcohol está presente, se relacionan con mayor frecuencia con la ingesta aguda que con el consumo crónico (CONADIC, 2000).

El tipo de personas que acabamos de mencionar, las cuales no presentan dependencia, pero que han comenzado a tener problemas por su forma de beber, son susceptibles a ser incluidos en programas de reaprendizaje social o auto control.

Según los datos del Servicio Médico Forense (SEMEFO) proporcionados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), la sustancia reportada con mayor frecuencia en muertes asociadas con lesiones de causa externa, fue el alcohol. Las causas de defunción fueron principalmente heridas por arma de fuego e intoxicación (26.6 y 16.6%, respectivamente) (CONADIC, 2000).

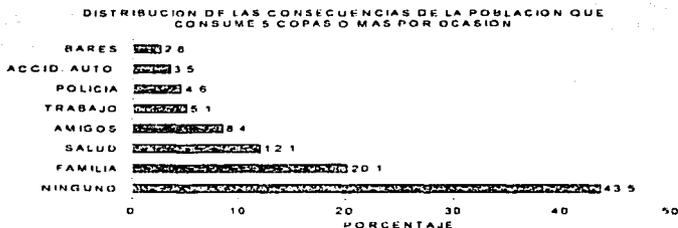
También se ha identificado que la pérdida de vida en accidentes se presenta con más frecuencia en quienes están intoxicados con alcohol. La ENA de 1998, encontró que el 1% de los adolescentes entre 12 y 17 años había tenido un accidente asociado con su forma de beber. Los homicidios y suicidios presentaron un riesgo de ocurrencia tres y dos veces mayor, respectivamente, cuando el individuo se encontraba bajo los efectos del alcohol. De esta manera, según el SISVEA, podemos esperar que uno de cada cuatro homicidios y uno de cada tres suicidios involucren el uso de alcohol (citado en CONADIC, 2000).

En cuanto a los problemas sociales asociados con el consumo de alcohol, la ENA de 1993, reportó que el 56.4% de los bebedores que tomaron 5 copas o más por ocasión, presentaron 1 o más consecuencias derivadas de su consumo. Cabe señalar que aproximadamente una quinta parte son problemas relacionados con violencia. El área familiar resultó ser la más afectada por el abuso de alcohol. Alrededor del 20% de las personas que consumen excesivamente, reportaron haber tenido problemas familiares como consecuencia de su consumo (Gráfica 6).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Estos resultados confirman hallazgos de estudios cualitativos, en los que se demuestra que la embriaguez está asociada a violencia intrafamiliar, riñas callejeras, problemas con la policía, accidentes automovilísticos, etc.

GRAFICA 6



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones/  
Dirección General de Epidemiología/SSA, 1993.

En la ENA de 1998, se señaló que 29% de las mujeres adultas que habitan en zonas urbanas del país y que tienen, o han tenido, pareja han sufrido violencia física por parte de ésta en el 60% de estos casos el alcohol estuvo involucrado. En una encuesta de hogares llevada a cabo en la ciudad de Pachuca, Hidalgo (Natera y López, 1997) se encontró que a mayor intensidad de la violencia, mayor la participación del alcohol.

En 1993, Ramírez y Uribe (citado en CONADIC, 2000) reportaron que la prevalencia del maltrato de mujeres es ligeramente mayor en zonas urbanas (56.7%) que en las rurales (44.2%). En el área urbana una de cada cuatro mujeres fue víctima de violencia, por algún agresor alcoholizado. También dicho estudio arrojó datos sobre la violencia de las mujeres bajo los efectos del alcohol: 2.3% de las mujeres en el área rural y 6.1% en la urbana, habían manifestado conducta violenta en primer lugar hacia el esposo, después hacia los hijos y a otros miembros de la familia.

La ENA (1998) reportó que un alto porcentaje de personas que muestran dependencia, tienen graves problemas familiares derivados de su consumo. Aunados a estos datos, pero en menor proporción, se encuentran aquellas personas sin dependencia. Esto nos indica que sin importar el grado de dependencia al alcohol, el consumo excesivo está relacionado con problemas familiares (Tabla 1).

TABLA 1

PROBLEMAS	BEBEDOR C/DEPENDENCIA	BEBEDOR S/DEPENDENCIA	SEXO		TOTAL
			MASCULINO	FEMENINO	
¿Comenzó una discusión o pelea con su esposo(a), compañero(a) cuando estuvo tomando?	32.6%	3.0%	8.6%	1.4%	5.3%
¿Su esposa(o) o la persona con quien vivía se enfurecía con Ud. por causa de la bebida y por su comportamiento mientras bebía?	40.2%	4.0%	11.6%	1.1%	6.9%
¿Su esposo(a) o la persona con quien vivía le amenazó con dejarle por causa de la bebida?	15.7%	0.8%	3.3%	0.3%	2.0%

\* Porcentajes obtenidos del total de bebedores

Fuente: Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades/  
Dirección General de Epidemiología/Instituto Mexicano de Psiquiatría/  
Consejo Nacional Contra las Adicciones/1998.

La información de los grupos de Alcohólicos Anónimos, reportada por el SISVEA, indicó que el 25% de los pacientes acudieron a dichos centros por decisión personal, mientras que el 63.8% fue llevado por amigos o familiares. Por otra parte el 81.4% refirió que el consumo de alcohol ha interferido en sus actividades familiares (citado en CONADIC, 2000). Estos datos nos indican, que la ingesta excesiva de alcohol, produce sentimientos ambivalentes dentro de la familia, ya que por una parte, ésta se ve afectada por el abuso en el consumo de dicha sustancia y por otro, es en gran medida, quien motiva o conduce al tratamiento.

Sin embargo, otros estudios han evidenciado la forma en que las familias mexicanas tienden a ocultar el problema por un tiempo significativamente mayor de lo que ocurre en otros países, lo cual conlleva un costo importante en la salud y bienestar de los miembros que conviven con una persona que abusa del alcohol (Natera, Mora y Tiburcio, 1999).

Los estudios efectuados en poblaciones que acuden a establecimientos especializados de tratamiento, como el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) del Instituto Nacional de Psiquiatría, muestran que ocho de cada diez pacientes han recibido tratamientos previos, lo cual indica la importancia de proponer alternativas terapéuticas diferentes y más efectivas. Los estudios disponibles también indican que la inclusión de la familia en el proceso terapéutico potencia los efectos del tratamiento. Asimismo, se ha observado que la desintegración familiar se presenta en nueve de cada diez pacientes. (CONADIC, 2000).

A pesar de los elevados índices de consumo, pocos son las personas que buscan ayuda en nuestro país. Los estudios de población general señalan que solamente una de cada tres personas que presentan dependencia al alcohol solicitan ayuda para atender sus problemas (CONADIC, 2000).

En 1995, más del 50% de los pacientes atendidos por los Centros de Integración Juvenil (CIJ), reportaron que el tiempo transcurrido entre el primer contacto con el alcohol y la solicitud de atención clínica, fue de al menos ocho años.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por las razones antes expuestas, se hace importante desarrollar programas efectivos enfocados, no sólo al tratamiento de personas que presentan dependencia al alcohol, si no a dar atención y tratamiento a aquellas que presentan consumos excesivos de alcohol y que no han llegado a crear dependencia. Asimismo, es necesario ampliar la oferta de servicios de salud tanto para las personas que tienen problemas con su forma de beber como para su familia, ya que esta última se ve gravemente afectada por el consumo excesivo de alguno de sus miembros.

Los científicos y profesionales que tradicionalmente se han abocado a la investigación de este fenómeno, son los responsables de construir los canales de transición que permitan avanzar hacia una visión interdisciplinaria y un trabajo multidisciplinario en el tratamiento del consumo excesivo de alcohol y del alcoholismo (FISAC, 2000).

## CAPITULO II. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Las bebidas alcohólicas han estado presentes desde el inicio de la historia de la humanidad, formando parte de la cultura de los pueblos. En nuestros días, el alcohol es utilizado como parte del proceso de socialización. Su consumo es promovido y considerado como una práctica socialmente aceptada. Desde la "probadita infantil", inducida dentro de la familia, hasta la copa para festejar, son factores que facilitan el inicio y la costumbre del consumo. Por ejemplo, actualmente, los adolescentes se están desarrollando en un ambiente más "húmedo", en donde se tolera y hasta podría decirse, se promueve el consumo, al no existir normas claras que limiten el consumo en este grupo de edad, ni en la familia, ni en los establecimientos comerciales. El consumo de alcohol sigue siendo un símbolo que representa interacción social y el paso de la niñez a la edad adulta.

Los datos provenientes de estudios epidemiológicos, revelan que el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas y el alcoholismo, son problemas que requieren de una atención prioritaria, debido a que se ha observado un incremento en su incidencia y prevalencia, especialmente en países en vías de desarrollo. Además, los problemas derivados de su consumo, han causado un impacto importante en la calidad de vida de los habitantes. Estos problemas comúnmente se reflejan en altos índices de violencia intrafamiliar, accidentes laborales y automovilísticos, suicidios, homicidios, etc. Por lo tanto, cada vez es más evidente la necesidad de ofrecer tratamientos dirigidos a todos los sectores de la población afectados por dicho problema.

Como resultado del incremento en el consumo de alcohol, la demanda de servicios asistenciales y de tratamiento se han hecho cada vez mayores, haciendo notable la carencia de este tipo de servicios. Este hecho ha motivado a los gobiernos a implementar programas dirigidos a generar cambios en el patrón de consumo de la población. Se ha recomendado fortalecer acciones de prevención secundaria, que se dediquen a identificar tempranamente aquellos patrones de consumo riesgosos, en los que el individuo puede desarrollar más tarde, una elevada dependencia al alcohol (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998). Además, es importante que se establezcan políticas de control en la disponibilidad y venta de bebidas alcohólicas. De esta forma, tanto las restricciones legales, como programas de prevención bien instrumentados, serán elementos que permitan en un futuro, observar una disminución en las tasas de abuso en el consumo de alcohol.

En México se cuenta con varios programas, llevados a cabo por distintas instituciones dedicadas a la investigación, prevención y tratamiento del alcoholismo.

El Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, llevado a cabo por CONADIC, es resultado de una amplia colaboración entre especialistas en las áreas de prevención, tratamiento, rehabilitación, investigación y normatividad. Su objetivo principal es reducir los índices del abuso de bebidas alcohólicas y del alcoholismo, a fin de evaluar el problema y conocer su comportamiento. De igual forma garantiza disminuir, a mediano plazo, la prevalencia de este severo problema.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En cuanto al área de prevención, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), ha desarrollado el modelo *Construye tu vida sin adicciones*, el cual abarca una campaña en medios masivos de comunicación, así como manuales, guías y apoyos audiovisuales para llevar a cabo intervenciones preventivas entre población adulta, joven y adolescente. En este mismo rubro, con el objetivo de que un mayor número de empresas se conviertan en lugares de trabajo promotores de la salud, CONADIC, el Instituto Nacional de Psiquiatría y la Organización Panamericana de la Salud, han elaborado un programa modelo para la prevención del consumo de alcohol y otras drogas entre los trabajadores y sus familias, para ser desarrollado en el ámbito laboral (Natera, Orford, Tiburcio, Mora, 1999).

Otra de las acciones más relevantes en materia de prevención del alcoholismo es el trabajo que realizan los grupos AL-ANON y AL-ATEEN, que trabajan con los familiares y amigos de personas con este problema. En la Comisión Nacional del Deporte, existe el Programa Nacional Juvenil de Prevención de las Adicciones (PREVEA), el cual difunde información a los jóvenes sobre las consecuencias del abuso de bebidas alcohólicas. Por su parte la Fundación de Investigaciones Sociales A. C. (FISAC), ha iniciado una campaña sobre consumo responsable de bebidas alcohólicas dirigida a estudiantes, maestros, padres de familia y trabajadores (citados en CONADIC, 2000).

En el Distrito Federal existen 21160 centros de atención a pacientes alcohólicos, establecidos en ámbitos hospitalarios, de consulta externa, institutos y organismos no gubernamentales. Entre los principales están: el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) del Instituto Nacional de Psiquiatría; el Centro de Atención a Problemas Relacionados con el Alcohol (CAPRA), del Hospital General de México, y la Clínica Especializada en Solucionar Alcoholismo y Dependencia (CESAD) (citados en CONADIC, 2000).

Podemos observar que por lo general, los servicios que ofrecen estas instituciones se limitan a la desintoxicación y al tratamiento de complicaciones médicas en paciente alcohólico. Se ha puesto gran atención en el tratamiento de un pequeño grupo de la población, constituido por las personas que presentan dependencia severa al alcohol, ignorando a aquellas personas que beben alcohol esporádica pero excesivamente y que aún no presentan dependencia. Como se mencionó en el capítulo anterior, este grupo conocido como **bebedores problema**, representa el segmento más numeroso de la población bebedora en México. Los bebedores problema se caracterizan por tener periodos largos de abstinencia o un consumo moderado no problemático, alternado con episodios de consumo excesivo, pero con progresivas consecuencias en los ámbitos familiar, laboral, social, legal, etc.

Sobell y Sobell (citado en Lorenzo y cols. 1998) describen al grupo de los bebedores problema con las siguientes características:

- No tienen historia de sintomatología de abstinencia importante.
- Su biografía demuestra una historia de bebedor que se remonta a unos cinco años y muy raramente a más de 10.

- Se mantienen todavía en una cierta estabilidad socio-familiar y económica.
- Mantienen su autoestima y no aceptan identificarse como alcohólica.

En muchas ocasiones, las instituciones que brindan servicio a personas con problemas en su forma de beber, no tienen programas específicos para bebedores problema. Estas utilizan los mismos procedimientos que para los casos más severos, es decir, la meta de tratamiento está orientada a la abstinencia que al parecer los bebedores problema no están dispuestos a seguir, debido a sus características y a que parecen beneficiarse más con tratamientos breves de consulta externa, que con tratamientos intensivos y residenciales, (Colin y Garduño, 1996).

Hay pocos datos que sugieran que las terapias aversivas, las intervenciones de confrontación, las conferencias o películas educativas y las terapias psicodinámicas, sean efectivas para el tratamiento de bebedores problema. No existe tampoco evidencia clara, de que el uso de medicamentos psicotrópicos (benzodiacepinas) sean efectivos. Sin embargo aquellas terapias que no han mostrado ser efectivas en un amplio rango de individuos con problemas de alcoholismo, lo son en casos de bebedores problema (Hodgson, 1994).

Dentro de la población que asiste a los centros de salud, el número de casos que presenta problemas relacionados con el alcohol es muy alto. Muchos bebedores problema llegan buscando servicios de consulta externa, con el fin de justificar su incapacidad laboral, debida a problemas como, gastritis, accidentes de tránsito, laborales, entre otros, los cuales, están íntimamente relacionados con su forma de beber. Por lo tanto, es necesario que el personal de salud que brinda atención en consulta externa, sea capaz de detectar este tipo de casos, para que posteriormente, sean canalizados a un programa de prevención secundaria, dirigido especialmente a bebedores problema.

Por tanto, es de suma importancia que en este momento, las políticas de salud, empiecen a incluir más medidas para influir en estos patrones de consumo, dedicando esfuerzos a aquellas personas que puedan ser detectadas como personas que requieren de un tratamiento intensivo y atención especializada, pero sobretodo a aquellos que están teniendo el mayor peso dentro de la población bebedora, por presentar una forma de beber infrecuente, pero excesiva, la cual se ve reflejada fundamentalmente en indicadores sociales. Es necesario, por tanto, desarrollar programas de prevención secundaria que descansen en la identificación temprana de patrones de consumo que ponen en riesgo al individuo, de desarrollar más tarde una dependencia al alcohol, así como en la instrumentación de intervenciones terapéuticas breves, capaces de llevarse a cabo en diversos escenarios, en una gran variedad de culturas y a un bajo costo (Ortega, 2000).

## 1. INTERVENCIONES BREVES Y PROGRAMAS DE AUTOCONTROL

A partir de los años setenta, se comenzaron a buscar formas de identificar en forma temprana a aquellas personas que consumían alcohol en forma excesiva, pero sin dependencia severa, a fin de brindarles

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

un tratamiento de reducida complejidad y de bajo costo, para modificar patrones problemáticos de consumo. Desde entonces, el concepto de intervención breve, se ha venido utilizando, para describir las técnicas específicas que confrontan a las personas que tienen problemas alrededor de su consumo de alcohol y motivarlos para iniciar un tratamiento en una fase inicial.

La Organización Mundial de la Salud, describe este tipo de intervención como "...una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de aquellas personas con una conducta de consumo de alcohol riesgosa o destructiva, con una oferta de tratamiento antes que el individuo lo solicite por su propia voluntad y en algunos casos antes que la persona se dé cuenta que su forma de beber puede causarle un problema. Se dirige particularmente a individuos que no han desarrollado dependencia física o complicaciones psicosociales mayores o severas. La intervención breve es una aproximación proactiva, que inicia el trabajador de la salud más que el paciente y no involucra juicios hacia él mismo." (citado en Ayala y Echeverría, 1998).

En la actualidad, las intervenciones breves para el tratamiento de conductas adictivas, se restringen a un máximo de 12 sesiones, en las que se proporciona consejo y apoyo para motivar al individuo a comprometerse en la modificación de su conducta, así como a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para modificar su patrón de consumo excesivo. De la misma manera, se le brinda la información necesaria para lograr un consumo moderado o la abstinencia. Estas intervenciones pueden ser llevadas a cabo por personal que haya recibido el entrenamiento adecuado, aunque no sea especialista en el tratamiento de adicciones. (Echeverría y cols. 2000).

Aunado al enfoque de las intervenciones breves, encontramos posturas políticas que hablan de la reducción del daño, donde el foco central es disminuir los problemas asociados por el consumo en cualquier tipo de bebedor, y esto se vincula a trabajar con los patrones de consumo: cómo se bebe, en qué circunstancias, la frecuencia, los episodios de intoxicación, la historia de consumo, las expectativas hacia el alcohol, etc. El objetivo es lograr que los bebedores consuman moderadamente y sólo bajo circunstancias que no impliquen riesgos, de manera tal que no se involucren en problemas individuales y de salud pública, como accidentes, violencia, conductas sexuales de alto riesgo, entre otros, los cuales son problemas de gran importancia y que no sólo se presentan en individuos con alcoholismo o con síndrome de dependencia (Rosovsky, 2000). A pesar del riesgo de incluir concepciones moralistas, el definir límites seguros de consumo representa múltiples ventajas, ya que el consumo moderado puede definirse como el que generalmente no causa problemas, ni para el usuario ni para la sociedad (Tapia, 1994).

Dentro de estas políticas, encontramos a los tratamientos conductuales breves, de Auto-Control, dirigidos a bebedores problema, los cuales reúnen en gran medida los requisitos necesarios para formar parte de las acciones de prevención secundaria. Este modelo de tratamiento se caracteriza por su corta duración y por no ser una intervención intensiva, así como el hecho de que los servicios de atención se ofrecen en una modalidad de consulta externa. En estas intervenciones la meta terapéutica puede ser tanto la moderación como la abstinencia y son los usuarios, no el terapeuta, los que eligen su meta de tratamiento. Estas

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

características hacen más atractivo al tratamiento e incrementan la adherencia terapéutica de bebedores con niveles bajos y medios de dependencia. Este tipo de intervenciones incluyen técnicas cognitivo- conductuales, que incluyen una meta de tratamiento bien establecida, auto-monitoreo de la conducta, cambios específicos en la conducta problema, análisis funcional de las situaciones de riesgo y entrenamiento en habilidades de afrontamiento (Hester y Miller, 1995). El carácter general de estas intervenciones, se ha enfocado a elevar el nivel de consciencia sobre la problemática relacionada con el consumo excesivo de alcohol y en aconsejar un cambio. Como se verá en algunas de las investigaciones que se presentan a continuación, se ha sugerido, que el impacto principal de las intervenciones breves, radica en la motivación para el cambio y que una vez que se ha logrado esta motivación, el individuo puede cambiar su comportamiento con un mínimo de ayuda adicional, e incluso, sin ayuda o consejo específico, por lo que parece que las intervenciones breves provocan un proceso de cambio natural que de otra forma no ocurriría o se demoraría. Algunos investigadores han propuesto que el cambio conductual, en términos de patrón de consumo, puede promoverse al crear una percepción de la discrepancia que existe entre el nivel actual de la problemática de individuo (consecuencias negativas por el abuso de alcohol) y las metas que desea y que no ha podido cumplir, a causa de su consumo (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997).

Destacan en particular los esfuerzos en el campo de la prevención y el tratamiento del alcoholismo que se han desarrollado bajo una perspectiva conductual (Marlatt y Gordon, 1985; Miller y Rollnick, 1991; Sobell y Sobell, 1993). Los programas de tratamiento con orientación conductual fueron inicialmente desarrollados por Lovibond y Caddy en 1970 (citado en Hester y Miller, 1995), empleando un modelo terapéutico que enfatizaba el auto-control como procedimiento principal de intervención.

Existe evidencia de la efectividad que estas intervenciones tienen en la reducción del consumo problemático de bebidas alcohólicas en niveles moderados y en individuos con niveles bajos de dependencia (bebedores episódico- explosivos), concluyendo que las intervenciones intensivas deben dejarse para la población con problemas de dependencia más severa. A nivel internacional, hay evidencia alentadora de que el curso del consumo problemático del alcohol puede ser efectivamente modificado por estrategias bien diseñadas de intervención, que sean factibles de aplicarse en contextos que obliguen a contactos relativamente breves (Bien, Miller y Tonigan, 1993).

Bien y cols. (1993) presentaron los resultados de por lo menos 12 investigaciones donde se utilizaron intervenciones breves para tratar a bebedores problema y 32 estudios controlados utilizando intervenciones breves en: 1) centros de salud, 2) con bebedores problema que buscan ayuda y 3) en centros de tratamiento especializados. La muestra quedó conformada por 6,000 pacientes de 14 países. Al comparar la conducta de consumo de alcohol antes y después de la intervención breve, con los resultados de tratamientos más extendidos y con grupos controles (sin tratamiento), se encontró que la efectividad de la intervención breve fue significativamente más alta, siendo aproximadamente 27% de mayor éxito. Por lo tanto, estos autores concluyeron que las intervenciones breves son más efectivas que no recibir orientación alguna, esto en cualquier clase de bebedor y generalmente tan efectivas como tratamientos intensivos. Por otro lado, los

bebedores problema mostraron resultados más efectivos cuando se les incluía en un programa de corte breve, que cuando ingresaban a un tratamiento más extenso.

En las primeras investigaciones realizadas con modelos de intervención breve, se incluían diseños experimentales y metodológicos, muy sencillos, los cuales distan mucho de los programas de intervención con que ahora se cuenta en muchos países. Sin embargo, como lo veremos a continuación, desde esos primeros estudios, la efectividad de las intervenciones breves de corte cognitivo-conductual en el tratamiento de bebedores problema, resultaron ser muy eficaces.

A principios de 1970, el Ministerio de Salud, en Francia, apoyó un programa de tratamiento de consulta externa, para realizar intervenciones breves dirigidas a bebedores problema. A pesar de que no se realizó una comparación entre un grupo control y otro experimental, dos revisores coincidieron en que este programa merecía atención especial, debido a su bajo costo, extendida accesibilidad y aparente efectividad al atender a un amplio número de bebedores problema (citado en Ortega, 2000).

En un estudio realizado en Nueva Zelanda por Elvy, Wells, y Baird, en 1988 (citado en Bien y cols. 1993), se identificaron 263 bebedores problema dentro de un centro de salud, los cuales fueron asignados aleatoriamente a dos grupos. Uno de los grupos no recibió consejo psicológico, mientras que el otro fue referido con un psicólogo, quien les indicaba que su forma de beber los estaba llevando a desarrollar conductas inapropiadas y que por lo tanto debían recibir ayuda. Aquellos que aceptaban dicha ayuda, eran canalizados con un consejero especialista en el tratamiento de alcohol. Al año de seguimiento, los sujetos que fueron referidos con el consejero, mostraron una significativa mejoría en cuanto a sus problemas relacionados con el alcohol, un mayor bienestar emocional, menos problemas laborales y periodos más largos de sobriedad, en comparación con el grupo que no tuvo este apoyo.

Kristenson y sus colaboradores (citado en Bien y cols. 1993) realizaron un estudio en Suecia con varones de 46 a 53 años de edad, los cuales tenían problemas en su forma de beber (n=585). Estos fueron asignados aleatoriamente a un grupo de intervención breve o a un grupo control. El grupo que recibió la intervención fue asesorado por un psicólogo para moderar su consumo de alcohol, quien a su vez realizó revisiones cuatrimestrales. Además, este grupo recibió chequeos médicos mensuales. Los sujetos del grupo control, sólo recibían cartas, en donde se les notificaban sus resultados. Ellos sólo tenían seguimientos anuales. Como resultado, el grupo que recibió la intervención breve, mostró una gran reducción en los días de ausentismo laboral y de hospitalización, y el índice de mortalidad fue menor que en el otro grupo.

Wallace, Cutler y Haines, en 1988 (citado en Bien y cols., 1993) investigaron el efecto que tenía el trabajo de consejo (dado por un médico general a bebedores problema), en reducir el consumo de alcohol (268 mujeres y 641 hombres). Tanto los hombres como las mujeres que fueron asignados al grupo de consejería, mostraron una reducción significativa en su consumo de alcohol al año de seguimiento, comparados con el grupo control.



En un estudio realizado por Richmond y Anderson (1994), se comprobó que las intervenciones breves por parte de los médicos eran más benéficas que las de los grupos de no intervención, resultando en índices de abstinencia de tabaco de un 5 a un 10%, en una reducción de consumo de bebidas alcohólicas de un 25 a 35% y una disminución en la proporción de bebedores fuertes de hasta un 60 a 70%.

Lovibond y Caddy (citado en Hester y Miller, 1995) en 1976, trabajaron con una población de chóferes que tenían problemas en su forma de beber, encontrando que un programa de moderación era más efectivo que un programa de abstinencia.

Entre los estudios controlados dirigidos a evaluar los resultados de los programas de tratamiento, orientados hacia la moderación, destaca el de Polich, Armor y Braiker realizado en 1981. En un seguimiento de cuatro años de individuos que recibieron tratamiento, observaron que sólo un 7% pudo mantenerse continuamente abstemio, mientras que el otro 93% bebió moderadamente sin problemas durante ese lapso. En otro estudio, realizado por Helzer, y colaboradores en 1985, se encontró en el seguimiento realizado a los cinco y siete años a una muestra de alcohólicos que recibieron tratamiento, que sólo un 7% sobrevivió y se recobró de su alcoholismo gracias a que moderó su consumo; en ningún caso se reportó que la abstinencia fuera exitosa (citado en Ayala y cols. 1995).

Dentro de los tratamientos conductuales de autocontrol de corte breve, se han combinado aproximaciones anteriores con otras nuevas, las cuales incluyen: a) técnicas de auto control (p.e. auto-monitoreo del consumo, auto-selección de metas de tratamiento y biblioterapia); b) análisis funcional de la conducta de bebida (p.e. la identificación de los antecedentes y consecuentes de situaciones relacionadas con la bebida de bajo y alto riesgo); c) reestructuración cognoscitiva; d) desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo en el beber. Dichas variaciones, incluidas en las intervenciones breves, han permitido obtener mejores resultados en el tratamiento de bebedores problema.

Tal es el caso de un estudio realizado por Miller y colaboradores (citado en Ayala y Echeverría, 1998), en el que utilizaron una forma de biblioterapia (manual de auto-ayuda) en personas que abusaban del alcohol; los resultados mostraron que el uso de materiales de apoyo por escrito, ayudaron a disminuir significativamente los niveles de consumo de alcohol, pudiendo ser, dicho material, tan efectivo como una intervención más compleja.

En otra investigación, Scott y Anderson en 1992, trabajaron con mujeres que bebían aproximadamente 210 gr. de alcohol a la semana y con hombres que bebían 350 gr. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo en donde no recibían tratamiento y a uno en donde recibían 10 minutos de consejo para reducir su consumo de alcohol. En este grupo, se les brindaba retroalimentación acerca de sus avances y se les daba un manual de auto-ayuda. En el primer año de seguimiento, los varones del grupo de intervención breve mostraron una reducción significativa en el consumo de alcohol por semana (consumo promedio: 65 gr.).

comparado con el grupo control. En cambio las mujeres de ambos grupos, mostraron una reducción significativa en su tasa de consumo semanal (citado en Bien y cols., 1993).

En el que se considera el estudio más importante acerca de las intervenciones breves en el área de las adicciones, un equipo de investigadores de Organización Mundial de la Salud (OMS), seleccionaron de 32,000 pacientes en centros para el cuidado de la salud (atención de primer nivel) de 10 países (Australia, Bulgaria, Costa Rica, Kenia, México, Noruega, la Unión Soviética, Estados Unidos, Gales y Zimbabwe), a aquellos que mostraban problemas en su forma de beber, con el fin de evaluar la eficacia de este tipo de intervenciones. Se identificaron 1490 bebedores problema, a los cuales se les hizo una entrevista diagnóstica de 20 minutos de duración, para después asignarlos de manera aleatoria, a uno de cuatro grupos de intervención: 1) control (sólo entrevista); 2) 5 minutos de consejo; 3) consejo más 15 minutos de terapia; y 4) manual de auto-ayuda. En cinco lugares, se incluyó un grupo adicional, al cual se le ofrecían tres sesiones adicionales de apoyo. Tomando en cuenta dos variables: cantidad consumida en el último mes y cantidad consumida en la ocasión que más bebió, los resultados mostraron que a los 9 meses de seguimiento, se dio una gran consistencia en los resultados obtenidos en los diferentes lugares, pudiéndose observar que aquellos sujetos que recibieron algún tipo de intervención breve (incluyendo el grupo que sólo tuvo 5 minutos de consejería) redujeron en promedio una tercera parte de su consumo de alcohol, lo cual representó una diferencia significativa respecto al grupo control. Un dato interesante, es que las mujeres participantes, mostraron tanto en los grupos de intervención breve, como en el grupo control, reducciones similares en su forma de beber (Babor y Grant, 1992, citado en Bien cols., 1993).

Heather y colaboradores (1986 y 1990) realizaron, dos estudios controlados en donde incluían intervenciones breves. En el primer estudio, los participantes fueron asignados al azar a dos grupos. En uno de ellos, los sujetos recibieron un manual de auto-ayuda de tipo conductual, diseñado para reducir su consumo. El grupo control, sólo recibía un cuademillo sin información específica. A los seis meses de seguimiento, el grupo que recibió el manual, mostró una mejoría significativa en relación a su consumo, control de sus problemas relacionados con el alcohol, salud física y bienestar en general. En la segunda investigación, se incluyó como una de las variables del grupo experimental, llamadas telefónicas para informar de los progresos observados en los reportes, observándose igualmente una mejoría significativa en dicho grupo (citado en Bien y cols., 1993).

Miller y Sánchez en 1993 (citado en Bien y cols., 1993), examinando varias investigaciones, enumeraron seis elementos que comúnmente se encontraban en las intervenciones breves y a los cuales les atribuyeron la efectividad observada. Estos son:

1. **Retroalimentación:** Esta ha mostrado ser un elemento muy impactante dentro del tratamiento. La retroalimentación que se da a los usuarios debe ser objetiva y no amenazadora, a fin de no provocar resistencias. Algunas intervenciones breves se han centrado en dar retroalimentación acerca de las recaídas o de los avances obtenidos durante el proceso, lo cual ha funcionado como una herramienta importante que motiva al cambio.

2. **Responsabilidad personal del cambio:** Las intervenciones breves enfatizan que el cambio en la forma de beber, es sólo responsabilidad y elección del usuario. Nadie puede hacer que el usuario cambie, si él no lo desea. El hecho de que el usuario perciba que él tiene el control, ha demostrado ser un elemento motivacional para el cambio de conducta.
3. **Recomendaciones o Técnicas para lograr el Cambio:** Muchos de los estudios que incluyen intervenciones breves, contienen técnicas o sugerencias, verbales o escritas (p.e. manuales de autoayuda) acerca de cómo reducir o parar el abuso en el consumo de alcohol. Incluso se ha llegado a considerar, que este tipo de recomendaciones son la esencia de estas intervenciones.
4. **Opciones o Alternativas para el Cambio:** Dentro de las intervenciones breves se incluyen dos opciones para lograr el cambio: la moderación o la abstinencia. Dichas alternativas son escogidas por el usuario. Presumiblemente, esto aumenta la probabilidad de éxito en el tratamiento, ya que el usuario escoge la alternativa más adecuada y aceptable para su situación.
5. **Empatía:** En los estudios en donde las intervenciones breves han tenido un resultado favorable, se ha encontrado que el terapeuta utiliza un estilo reflexivo y empático, más que confrontativo. Esto permite que el usuario haga conciencia de los riesgos y consecuencias relacionadas con un consumo excesivo, en vez de sentirse agredido.
6. **Enfatizar la Auto-eficacia del usuario:** En las intervenciones breves es común promover la auto-eficacia para lograr el cambio, más que hacer énfasis en la impotencia o incapacidad que tiene un individuo para lograr el cambio (sobretudo cuando se presenta una recaída).

Algunos autores han incluido además de estos seis puntos, el de los seguimientos. En varios estudios, el primer seguimiento después de las sesiones de tratamiento, se relacionó con una reducción en el consumo de los usuarios. Además, los seguimientos posteriores, han contribuido a mantener las metas del tratamiento (Kristenson, op.cit.).

Como hemos visto, las intervenciones breves y los programas de autocontrol, no solamente han demostrado ser otro tipo de tratamiento para los problemas relacionados con el abuso del alcohol, si no que representan una nueva perspectiva para afrontar esta problemática y una nueva serie de principios que subyacen a la intervención. Igualmente, debe resaltarse, que mientras que el costo de proporcionar intervenciones breves es relativamente bajo (Fremantle, Gil y Godfrey, 1993, citado en Ayala y cols. 1998), se ha reportado que los beneficios que se derivan de ellas se reflejan en otros indicadores de costo beneficio, como son una reducción del ausentismo laboral y un menor número de días de hospitalización en los individuos que reciben esta clase de atención (Kristenson, Ohlin, Hutten-Nossin, Trelly y Hood, 1983, citado en Ayala y cols. 1998).

## 2. TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Durante muchos años, la visión predominante en el estudio del alcoholismo, ha sido la que considera a este problema como una enfermedad progresiva, incurable y mortal. Estos modelos sugieren que los individuos no son responsables de cambiar su comportamiento. Bajo esta óptica, los esfuerzos por entender su etiología, así como para desarrollar estrategias preventivas y de tratamiento, han sido asunto casi exclusivo de la medicina, especialmente de la psiquiatría (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995).

Sin embargo, estos modelos son incapaces de explicar cómo y por qué un buen número de individuos pueden recuperarse de un problema de adicción, sin ningún tratamiento o ayuda profesional o por qué parecen beneficiarse con una variedad de aproximaciones de tratamiento.

Actualmente, existe evidencia empírica que indica que el alcoholismo más que una enfermedad es un problema de comportamiento o de aprendizaje (Marlatt y Gordon, 1985).

Se han observado que ciertas variables de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante, aprendizaje social y observacional) y procesos cognitivos de segundo orden (creencias, expectativas y atribuciones), son comunes a los procesos adictivos. El desarrollo de la tolerancia y respuestas condicionadas a señales de las drogas, son ejemplos concretos de esta interacción (Ayala y Gutiérrez, 1993).

Al respecto, diversas escuelas de pensamiento, han dado importantes contribuciones para comprender mejor el uso y abuso del alcohol. Por ejemplo, la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, tiene su fundamento en los principios y procedimientos del condicionamiento clásico y operante e incorpora otros procesos de gran importancia, tales como, procesos simbólicos, vicarios y de auto-regulación de la conducta. Dicha teoría explica la manera mediante la cual, los individuos adquieren y mantienen una conducta, incorporando tres elementos clave:

- 1) Importancia de la experiencia que una persona adquiere durante su desarrollo.
- 2) Importancia de los antecedentes medioambientales inmediatos y las consecuencias de la conducta.
- 3) Procesos cognoscitivos cuya presencia o ausencia puede explicar, e incluso prevenir algunas conductas.

Bandura señala, que en la vida diaria la gente advierte las consecuencias de sus actos, ajustando su conducta en consecuencia. Al observar las consecuencias de su respuesta, consiguen información, incentivos, y reforzamiento consciente. En otras palabras, el aprendizaje ocurre por el apareamiento repetido de estímulos, respuestas y consecuencias (Craig, 1997).

El modelo de aprendizaje social también reconoce a los factores biológicos como condiciones predisponentes que modulan el aprendizaje y la conducta. Sin embargo, los principios asumen una orientación



adaptativa debido a las acciones cognoscitivas, tales como anticipación, expectación, memoria y modelamiento. Todas estas acciones juegan un papel primario como determinantes de la conducta.

La teoría del aprendizaje social, concibe al abuso del alcohol, como el resultado de la forma en que el individuo ha aprendido a beber, aprendizaje mediatizado por interacciones entre los factores individuales y el entorno social y cultural. A diferencia del modelo de enfermedad del alcoholismo, esta teoría pone de relieve los aspectos cognoscitivos, los cuales generan expectativas, creencias y atribuciones que modulan los efectos del alcohol, incluso antes de que el individuo se inicie en su consumo; además mantiene una visión en donde las conductas adictivas se adquieren con base en el aprendizaje de patrones de conducta maladaptativos o sobreaprendidos, dentro de un contexto cultural y en algunos casos, con un componente genético. En otras palabras, el individuo es un agente activo en el proceso de aprendizaje; por lo tanto, este enfoque presupone que tanto el comportamiento adictivo como los patrones de hábito adquiridos, pueden ser modificados o regulados a través de mecanismos de auto-regulación, de nuevas situaciones de aprendizaje, de la enseñanza de habilidades de afrontamiento efectivas y de darle un nuevo enfoque a las creencias y expectativas de beber alcohol, de tal forma que las personas puedan hacer un uso no problemático de esta sustancia, eligiendo conductas más adaptativas o menos dañinas para lograr sus objetivos (Ayala y Echeverría, 1998; Blane y Leonard, 1987).

Con base en estudios epidemiológicos y clínicos, es posible diferenciar tres etapas en el proceso de desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva. La secuencia usualmente incluye la **adquisición** de la conducta adictiva; **mantenimiento** del uso continuado (etapa pre-contemplativa) y el **cambio activo** o cese en el consumo de sustancias (intentos de reducir la adicción) (Becona, Rodríguez y Salazar, 1994).

- a) **Adquisición:** En esta fase influyen aspectos familiares, fracaso escolar, presión social por parte de los integrantes del grupo, habilidades de competencia social, disponibilidad del alcohol, etc. Generalmente, el inicio en el consumo del alcohol, se relaciona con un cambio de actitud favorable hacia el uso de esta substancia y en la mayoría de los casos, la experiencia tiene lugar en un contexto social de grupo. La adquisición de la conducta de abuso de alcohol se relaciona también, con una carencia de habilidades, necesarias para resistir la tentación de ingerir en exceso. Con base en la Teoría del Aprendizaje Social, la competencia social se compone de una interacción activa entre cogniciones y conductas, que se modifican mutuamente a lo largo del tiempo. Los pensamientos representan un aspecto de la auto-eficacia, es decir, la convicción de que el individuo puede ejecutar exitosamente la conducta exigida para lograr los resultados deseados. Las conductas representan la ejecución observable de las habilidades sociales. Si el individuo que abusa del alcohol, se percibe como alguien capaz de rechazar o moderar su ingesta, es probable que su sentido general de auto-eficacia se incremente considerablemente.
- b) **Mantenimiento:** Una vez que el consumo de alcohol está regularizado, se observa que las variables de mantenimiento difieren de las que están implicadas en el inicio. Así, la necesidad de incrementar un estado emocional o afectivo positivo puede llevar a una mayor experimentación en la fase de inicio, mientras que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

con un consumo estabilizado, las propiedades del alcohol pueden reducir la fuente de estrés que afecta al consumidor (síndrome de abstinencia, un problema familiar, etc.). La carencia de un control personal sobre situaciones estresantes, suele llevar a una situación de indefensión aprendida y sus consecuencias se manifiestan en forma de fracaso personal, sentimientos de insatisfacción, baja autoestima y carencia de expectativas adecuadas para afrontar el futuro. Muchas personas que abusan del alcohol, llegan a creer que esta conducta les ayuda a disminuir un estado afectivo negativo o a inducir uno positivo.

- c) **Cambio Activo:** Muchos individuos que ingieren alcohol excesivamente, no creen tener problemas con esta sustancia; se encuentran en un estado en el que contemplan la posibilidad de un cambio. Sin embargo, a medida que estos individuos tienen cada vez más dificultades en diversas áreas de su vida, es cuando empiezan a considerar la posibilidad de un cambio. Existen ciertas variables que se relacionan con el inicio de una nueva actitud hacia el consumo de alcohol (un accidente, problemas familiares, económicos o laborales, una enfermedad, el apoyo directo de familiares o amigos, etc.). El rasgo común a todas estas variables consiste en que el compromiso de cambio está influido, en caso todos los casos, por factores relacionados con el ambiente social del individuo. El nivel inicial de compromiso para cambiar parece ser frágil, en contraste con la fuerza que tienen las variables implicadas en el mantenimiento del hábito. Por ello, el individuo debe utilizar conductas activas de enfrentamiento, para mantener la motivación y así poder lograr una mayor adherencia al tratamiento y a las metas de éste.

Esta última fase de cambio conductual, a su vez se subdivide en tres componentes:

- 1) **Contemplación y motivación para el cambio:** En esta etapa el usuario reconoce que tiene un problema con el alcohol; es un período de ambivalencia, en la cual la persona considera la opción de cambiar, pero a la vez lo rechaza.
- 2) **Compromiso activo para cambiar:** Este puede ser auto-iniciado o asistido por un tratamiento. El usuario se ocupa en acciones particulares para cambiar su consumo.
- 3) **Mantenimiento:** En esta etapa es muy importante ya que se debe sostener el cambio y prevenir las recaídas (cambio exitoso vs recaída). Ambos elementos implican un proceso de auto-control de la conducta. Durante esta fase, pueden aparecer errores y retrocesos, es decir, cabe la posibilidad de que se rebasen los límites de consumo impuestos en la etapa de compromiso activo para el cambio. Es decisivo conocer los factores que favorecen el mantenimiento de la moderación o de la abstinencia y de la aparición de recaídas, dada la frecuencia con que se producen y la gravedad de sus consecuencias.

Las fases anteriormente descritas, se encuentran contenidas en un modelo completo, desarrollado por Prochaska y Di Clemente (1986), el cual ha resultado ser muy útil en la identificación de las *etapas del proceso de cambio*. Estos investigadores observaron que el cambio pocas veces es un evento repentino, si no que involucra una serie de etapas: 1. *Pre-contemplación* (el usuario no considera la posibilidad de un cambio),

2. *Contemplación* (el usuario identifica que tiene un problema, pero rechaza la idea de cambiar), 3. *Determinación* (el usuario está convencido de la necesidad de cambiar), 4. *Acción* (existe un compromiso claro para hacer algo y cambiar), 5. *Mantenimiento* (sostener el cambio), y 6. *Recaldas*.

Hay que tener en cuenta que la gran mayoría de personas que ingresan a algún tratamiento para reducir o parar su consumo de alcohol, tienen uno o varios episodios de recaída, ya sea durante o después del tratamiento, lo cual no significa que la evolución vaya a ser mala a largo plazo. El mantenimiento de las metas de tratamiento o la presencia de recaídas, son fenómenos complejos, que dependen no sólo de un factor si no de la combinación de factores de distinta naturaleza (motivación para dejar de beber, recursos personales, problemas interpersonales con la familia y en general con el entorno, grado de dependencia, etc.) (Díaz y Frías, 1990).

La prevención de recaídas es un programa de autocontrol, diseñado con el objeto de ayudar a los individuos a anticipar y afrontar los problemas asociados con la aparición de recaídas durante el tratamiento. En este tipo de programas, es esencial poder anticiparse a las situaciones de alto riesgo, definidas como aquellas que amenazan el sentido de control del individuo y su sensación de autosuficiencia, aumentando así la probabilidad de recaer. En ellas se incluye, la identificación de las situaciones de riesgo posibles para cada sujeto y su prevención a través del entrenamiento en habilidades de afrontamiento específicas. Suele prepararse un plan estructurado en el que se jerarquizan las situaciones peligrosas de menor a mayor dificultad y se ayuda al usuario a que afronte adecuadamente estas situaciones, de esta forma no sólo evitará la recaída, si no que experimentará un incremento en su auto-eficacia, lo que hará menos probable que ocurra una vez más (Díaz y Frías, 1990).

Dentro de la Teoría del aprendizaje social las recaídas no se consideran como un fracaso personal o como un indicador de que el tratamiento no funciona, si no como una experiencia necesaria dentro del proceso de cambio de un comportamiento adictivo (Tabla 2).

En resumen, la recaída se considera parte del proceso natural de recuperación. El proceso de recaída se justifica por el hecho de que el ser humano es capaz de aprender de sus errores. Más que verse como una indicación de fracaso, las recaídas pueden verse como un reto, es decir, como una oportunidad para que ocurra un nuevo aprendizaje (Ortega, 2000).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA 2**

<b>MODELO DE ENFERMEDAD</b>	<b>MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL</b>
<b>RECAIDA:</b> Es cualquier utilización de alcohol tras un programa de tratamiento orientado a la abstinencia: implica un <i>fracaso</i> .	<b>RECAIDA:</b> Es un proceso que comienza con un consumo en el que la persona rebasa la meta auto impuesta en el tratamiento (moderación o abstinencia) y que puede ser seguido o no de un regreso a los niveles de consumo de alcohol anteriores al tratamiento, dependiendo de la intensidad del efecto de violación de la meta. <i>NO implica fracaso</i> , si no que forma parte del proceso de abandono del hábito.
<b>DICOTOMIA:</b> Abstinencia/recaída = Fracaso	<b>NO DICOTOMÍA:</b> Un consumo excesivo aislado, no implica haber fracasado
Conduce a la <b>RECAIDA TOTAL</b> después de cualquier violación de la abstinencia, provocándose sentimientos de culpa e indefensión.	Conduce a un <b>AFRONTAMIENTO REALISTA</b> de la recaída como un caso aislado, es una forma de aprendizaje, que favorece la continuación de la moderación o de la abstinencia.
<b>CAUSAS:</b> Se debe a una condición interna (enfermedad crónica), que implica indefensión del individuo ante circunstancias que están fuera de su control.	<b>CAUSAS:</b> Se debe a un fallo en el proceso de autocontrol, condicionado a partir de la historia de aprendizaje del individuo y dentro de la interacción de éste con el entorno.

### 3. ALTERNATIVA DE INTERVENCIÓN BREVE Y TEMPRANA EN MEXICO.

En México, al igual que en otros países, el porcentaje de individuos que consumen alcohol y que presentan un nivel de dependencia severa es reducido (4.9% del total de bebedores; ENA 1993); la mayor proporción de las personas que consumen alcohol, no presentan este tipo de dependencia, pero sí, una importante problemática individual, familiar y social, debido a sus patrones de consumo excesivo. Sin embargo, para este segmento de la población, conocido como bebedores problema, son casi inexistentes los programas de prevención y tratamiento.

Durante muchos años en México, la mayoría de los científicos y profesionales que tradicionalmente se abocaban a dar tratamiento a las personas que presentaban problemas en su forma de beber, fueron los responsables de construir barreras y obstáculos que impedían la transición hacia una visión interdisciplinaria y un trabajo multidisciplinario en el área de las adicciones. Sin embargo, desde hace algunos años, gracias a la influencia de trabajos internacionales, esta visión ha comenzado a transformarse. Las intervenciones breves de corte conductual, han demostrado ser una alternativa efectiva en la reducción de los niveles de consumo de alcohol en bebedores problema, constituyendo un fundamento importante en las acciones de prevención secundaria y en México se han comenzado a desarrollar y a diseminar trabajos de este tipo.

Un ejemplo de esto, es la propuesta que realizó en 1992, el Dr. Héctor Ayala Velázquez (Facultad de Psicología de la UNAM) y un grupo de investigadores mexicanos de la misma institución, junto con investigadores de la Fundación para la Investigación de las Adicciones de Canadá, para llevar a cabo un

proyecto de investigación titulado Proyecto Colaborativo para la Investigación, Entrenamiento y Evaluación de la Aplicación de un Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual de Consulta Externa para Bebedores Problema en México. Esta propuesta, fue aprobada por el Centro Internacional de Desarrollo de la Investigación (IDRC) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Este proyecto contempló la participación de instituciones canadienses y mexicanas (Ayala y cols., 1998).

El principal objetivo de este proyecto fue aplicar, evaluar y adaptar para la población mexicana, el Tratamiento de Auto-cambio Dirigido, de Sobell y Sobell, a través de una evaluación controlada tanto de la efectividad como del costo-beneficio, para poder proporcionar tratamiento a bebedores con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol.

Dicho modelo de tratamiento, estuvo basado inicialmente en el trabajo de William Miller de la Universidad de Nuevo México, acerca de intervenciones breves y estrategias de auto-control para el tratamiento de problemas relacionados con el consumo de alcohol. A principios de 1991, los doctores Mark y Linda Sobell, de la Fundación para la Investigación de las Adicciones de Toronto, Canadá, realizaron un estudio de colaboración para apoyar el desarrollo de un modelo de tratamiento para bebedores problema mexicanos. El programa de los doctores Sobell, titulado "Guided Self-Change Treatment" (Tratamiento de Auto-Cambio Dirigido), comprende el uso de técnicas de auto-control y un formato de intervención breve, donde se incluyen conceptos del trabajo desarrollado por G. A. Marlatt de la Universidad de Washington, acerca de la prevención de recaídas, así como del trabajo de Prochaska y Di Clemente de la Universidad de Houston, sobre las etapas de cambio dentro del tratamiento de conductas adictivas.

El Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, se caracteriza por ser un tratamiento de corte cognitivo-conductual, efectivo, de bajo costo y menos restrictivo, diseñado para ayudar al bebedor problema a controlar su consumo (Sobell y Sobell, 1993); comprende un tipo de intervención breve y motivacional, en la cual, el usuario (con la asesoría del terapeuta y de acuerdo con límites seguros de consumo de alcohol) elige su meta de tratamiento, sea ésta moderación o abstinencia y donde la responsabilidad para el cambio se centra en el propio bebedor. Igualmente, se ayuda al usuario a comprometerse a cambiar su conducta, así como a organizar y usar sus fortalezas y recursos, para resolver los problemas relacionados con el alcohol. El objetivo, es ayudar a la persona a desarrollar estrategias generales de solución de problemas, que le permitan enfrentar cambios en su estilo de vida o de conducta. Este programa se enfoca a elevar el nivel de consciencia sobre la problemática relacionada con el consumo excesivo de alcohol. Se ha sugerido, incluso que el ingrediente principal del programa, radica en la fuerte **motivación para el cambio** que incluye el tratamiento (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1997).

Al respecto, Echeverría y cols. (2000), expusieron que dicha motivación, no debe considerarse como una característica de personalidad o un rasgo que permanece a lo largo de la vida, si no como un **estado de disposición** para el cambio que puede fluctuar de una situación o de un tiempo a otro. Es decir, es un estado interno **influido por factores externos**, por lo que necesita diferentes estrategias para lograr un cambio

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

estable. Entonces, la motivación puede ser definida como la probabilidad que tiene una persona de **entrar, continuar, adherirse y mantenerse** en un programa de tratamiento (ver *etapas del proceso de cambio*, de Prochaska y Di Clemente).

El concepto de "Auto-Cambio", se refiere a que los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento. En diversas investigaciones se ha comprobado que cuando a las personas se les permite hacer sus propias elecciones dentro de un rango de posibles alternativas, muestran una mayor aceptación del tratamiento y generalmente obtienen resultados más favorables (Ortega, 2000).

Esta intervención, utiliza los principios de la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991, citado en Miller y Rollnick, 1999), que se caracteriza por:

- Evitar etiquetar al usuario.
- Utilizar un estilo reflexivo y propositivo (más que confrontativo), para fomentar la conciencia del usuario hacia los riesgos y consecuencias relacionadas con un consumo excesivo.
- Proporcionar retroalimentación objetiva.
- Hacerte saber al usuario, que el cambio es posible y que puede llevarlo a cabo.
- Permitir a los usuarios que seleccionen la meta de tratamiento que más les convenga: **moderación o abstinencia.**

Dicho programa, ayuda a las personas a fijar metas, a encontrar razones para reducir o suspender su actual consumo de alcohol, a incrementar la motivación para conseguir estas metas, a identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso y a desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a esas situaciones (Echeverría y cols. 2000).

El programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, consiste en lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol. Estos ejercicios ayudan a los usuarios que ingresan al programa a:

- Decidir cambiar.
- Establecer una meta de consumo (moderación o abstinencia).
- Evaluar las situaciones de riesgo que llevan a las personas a abusar de las bebidas alcohólicas.
- Enfrentarse con los problemas causados por su patrón de consumo.

El modelo incluye una evaluación inicial, a través de la cual se obtiene información sobre el patrón de consumo de la persona y algunas variables importantes que deben tomarse en cuenta. Después de esta evaluación el usuario recibe los materiales (lecturas y tareas), asistiendo una vez por semana durante 45 minutos aproximadamente, a cuatro sesiones de tratamiento.

### 3.1 Sesiones de Tratamiento

**3.1.1 Admisión:** La admisión es el primer paso en el programa de Auto-Cambio Dirigido y es importante por ser el primer contacto que se tienen con el usuario, por lo que es necesario que la interacción que se tenga sea positiva, además es el momento en donde se recibe información valiosa para ser utilizada en el tratamiento. Para ingresar al programa se deben considerar los siguientes criterios de preselección:

- a) Ser mayor de 18 años y menor de 65.
- b) Saber leer y escribir.
- c) Tener domicilio permanente.
- d) No presentar alucinaciones, convulsiones y/o delirium tremens.
- e) No presentar daño orgánico.
- f) No usar heroína, ni drogas inyectadas.
- g) No acudir a otro tratamiento de salud mental.
- h) No presentar dependencia severa al alcohol.

En la admisión se obtiene información general acerca de la Historia de consumo de alcohol; consecuencias que el usuario ha tenido por su consumo; características clínicas que sugieran dependencia severa; consecuencias médicas (cirrosis hepática, demencia alcohólica); consecuencias sociales; contraindicaciones para consumir alcohol (embarazo, úlcera péptica o gástrica, hepatitis, etc.); uso de drogas psicoactivas; historia familiar de uso y abuso de sustancias.

**3.1.2 Evaluación:** En esta etapa se involucra mas que una simple cuantificación de la cantidad de alcohol o drogas consumidas, si no que es necesario hacer una evaluación detallada, que permita desarrollar un tratamiento significativo con metas útiles y estrategias adecuadas a las necesidades de cada usuario. Es muy importante enfatizar que las personas que acuden a este programa tienen distintos problemas y diferentes circunstancias fueron las que los llevaron a caer en un consumo excesivo, por lo que cada uno de ellos, necesitarán diferentes estrategias de cambio.

**3.1.3 Primera Sesión:** Esta sesión ayuda al usuario a encontrar razones para deducir o suspender su consumo de alcohol, por medio de la evaluación que él mismo realiza de los pros y los contras que experimenta por su consumo de alcohol y de los pros y contras que acompañarían a un cambio en el consumo. Además, en esta sesión se le pide al usuario que elija una meta de consumo: moderación o abstinencia, estableciéndose límites seguros de consumo de alcohol.

**3.1.4 Segunda Sesión:** Aquí se ayuda al usuario a describir las situaciones de alto riesgo, a identificar los precipitadores y las consecuencias en forma clara y específica. Se indaga también sobre los posibles antecedentes y consecuencias que puedan haberse pasado por alto.

- 3.1.5 Tercera Sesión:** Se le pide al usuario que desarrolle estrategias para enfrentarse con las situaciones de alto riesgo, a fin de evitar problemas de consumo excesivo en el futuro. Estos planes de acción, se usan como ejemplos de cómo enfrentarse a sus problemas en forma constructiva. Asimismo, se identifican su propios recursos (estilos de afrontamiento) efectivos que podrán utilizar para lograr el cambio de conducta.
- 3.1.6 Cuarta Sesión:** Se revisan situaciones futuras de alto riesgo y se revisan planes de acción para ellas. Además, se lleva a cabo un segundo establecimiento de metas. 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 de que se soliciten, así como el seguimiento por parte de los terapeutas.

En resumen, las características centrales del Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema son: a) Técnicas de auto-control; b) análisis funcional de la conducta; c) reestructuración cognoscitiva; d) desarrollo de las estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo y e) una evaluación conductual objetiva.

### **3.2 Resultados.**

Los resultados obtenidos en la aplicación de este programa han sido muy alentadores y son consistentes con los resultados encontrados en otros países en donde se ha aplicado el mismo programa. Con base en las diferentes evaluaciones hechas al programa a partir de diferentes muestras de usuarios (Ayala y cols. 1993, 1995, 1997, 1998, 1998), se ha encontrado en los seguimientos hechos a los 12 meses de haber concluido el tratamiento, incrementos en los días de abstinencia, reducción del número de tragos estándar por ocasión de consumo, disminución en el número de días de consumo excesivo, mejoramiento en la calidad de vida de los usuarios y menos problemas asociados a un patrón de consumo excesivo de alcohol.

Se ha observado que durante el periodo de tratamiento, hay un incremento en los días de abstinencia y una reducción tanto en el número de copos consumidas, como en las ocasiones de consumo excesivo, comparado con la fase previa al tratamiento.

Con relación al porcentaje de los días durante el mes en que los usuarios permanecen abstemios, se ha encontrado que durante la evaluación inicial se mantienen abstemios alrededor de un 73% de días al mes. Un nivel de abstinencia cercano al observado en la fase inicial se reporta durante el tratamiento. En el seguimiento realizado a los 6 meses, se reporta un incremento (84% aprox.) en los días de abstinencia y en el seguimiento a los 12 meses se ha reportado cerca de un 82%. Estos datos indican que este tratamiento no disminuyó significativamente la frecuencia de consumo e incidió particularmente sobre la cantidad consumida.

El patrón de consumo de los usuarios también muestra cambios entre el periodo de pre-tratamiento y el periodo de tratamiento. En términos del número promedio de copas consumidas por ocasión de consumo, los usuarios reportaron en la fase inicial, que el promedio aproximado fue de 10 tragos por ocasión de consumo, con un máximo de 27 tragos. Para la fase de tratamiento este dato se reduce a 3 y 4 copas por ocasión. Sin embargo, durante los seguimientos se observa un ligero incremento en el promedio de tragos consumidos, reportándose 5.8 y 6.5 tragos estándar a los 6 y 12 meses. Estos resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas al 0.001.

Otro cambio importante reportado por los usuarios se refiere a sus patrones de consumo excesivo, es decir, aquellas ocasiones en que se ingieren más de 10 copas estándar. Se encontró que durante los 12 meses previos al tratamiento, cerca del 9% de los días de consumo, los usuarios bebían excesivamente, mientras que durante el tratamiento y en los seguimientos, este porcentaje disminuyó a cerca del 3% de los días en que ocurre consumo excesivo, observándose que el consumo moderado (1 a 4 tragos estándar) es la forma de consumo típica. A pesar de que estos cambios fueron estadísticamente significativos, esta variable no muestra resultados ideales, ya que en la mayoría de los casos se dieron ocasionalmente consumos mayores a los límites establecidos.

Con respecto a la selección de metas de tratamiento, ha podido observarse, que más de tres cuartas partes de los usuarios seleccionan la moderación y el resto selecciona la abstinencia en el primer establecimiento de metas (primera sesión). En el segundo establecimiento que se lleva a cabo en la fase final del tratamiento, alrededor de un 80 y 85% selecciona la moderación como meta.

En relación con los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol, éstos se clasifican en 8 áreas: laboral, de salud, afectiva, cognitiva, interpersonal, agresión, legal y financiera. Al comparar el porcentaje de personas que reportaron tener problemas asociados con su consumo al inicio del tratamiento, se observó una reducción significativa en 6 de las 8 áreas evaluadas con la excepción de los problemas legales y de salud.

Al inicio de la intervención alrededor de un 60% de los usuarios, reportaron estar insatisfechos con su calidad de vida. En comparación con este resultado, entre un 70% y 79% de las personas reportaron estar satisfechos con su calidad de vida a los 6 y 12 meses de seguimiento, respectivamente.

En cuanto a qué tan útil fue el programa para ayudarlos a solucionar su problema de consumo, alrededor de tres cuartas partes de los usuarios, indicaron que el programa fue extremadamente útil, mientras que cerca de una cuarta parte señaló que el programa les había ayudado.

Asimismo, con base en uno de los objetivos centrales del programa, que es incrementar la confianza para controlar el consumo en aquellas situaciones de riesgo, donde normalmente se presentan episodios de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ingesta excesiva, se mostró en la fase de seguimiento, un incremento en los niveles de confianza para no beber excesivamente.

Los resultados de este trabajo muestra que el Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema, es una buena alternativa de intervención para bebedores con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol. Si además se toma en cuenta que es una forma de intervención de bajo costo, que no requiere de terapeutas especializados en adicciones, que no es un tratamiento intrusivo y que incrementa la autoestima de los usuarios, resulta ser un programa adecuado para países con patrones de consumo esporádicos pero excesivos y con recursos limitados (Ayala y Echeverría, 1998).

Es importante que los resultados de este estudio, así como los que en un futuro demuestren la eficacia del tratamiento a largo plazo, sean considerados por las autoridades encargadas de los servicios de salud pública de nuestro país, para que se puedan incorporar sus hallazgos en el diseño de políticas y programas de prevención y tratamiento especializados en el área no sólo del consumo excesivo de alcohol, si no de otras drogas.

Asimismo, la posibilidad de incorporar este tipo de intervenciones breves en un primer nivel de atención en instituciones de salud pública, hace posible ampliar la oferta de servicios de prevención secundaria a un segmento de la población para los cuales usualmente no existen opciones apropiadas de atención, pero cuyo patrón de consumo de alcohol los pone en mayor riesgo de desarrollar una grave dependencia al alcohol y experimentar un creciente número de problemas de tipo físico y social. La mayoría de bebedores problema, no entran en contacto con programas adecuados de tratamiento, ya que los programas predominantes se enfocan al tratamiento de problemas de alcoholismo o dependencia severa al alcohol. Este tipo de bebedores frecuentan servicios de salud o de asistencia social, por problemas relacionados con la ingesta de alcohol (problemas de gastritis, úlceras, accidentes automovilísticos y/o laborales, violencia intrafamiliar, etc.), no por el problema de consumo excesivo de alcohol per se. Por lo tanto, es necesario que el personal que labora dando atención en un primer nivel, sea capaz de detectar temprana y oportunamente, así como de dar tratamiento, a aquellos casos que presenten problemas con el alcohol, impidiendo así que el problema avance y que resulte posteriormente más costoso para el individuo, su familia y los sistemas de atención a la salud.

Así como es importante que continúen las encuestas nacionales para determinar la incidencia y la prevalencia de adicciones en nuestro país, es de igual importancia que los hallazgos de investigación clínica en el tratamiento de las adicciones, con el apropiado rigor metodológico, sean considerados aun cuando desafien el esquema convencional que defienden con tanto empeño ciertos profesionistas de la salud, que por ahora tienen bajo su encargo el diseño de los programas y las políticas de salud pública en nuestro país.

#### 4. ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA.

Es necesario hacer un análisis detallado del programa, en donde se tomen en cuenta no sólo los aspectos positivos que han resultado de éste, si no donde se revisen aquellas fallas metodológicas que han impedido lograr un mayor éxito en el tratamiento, con el fin de brindar una mejor atención a los usuarios que acuden a tratamiento.

Cabe señalar, que los datos expuestos anteriormente están basados en los resultados obtenidos por aquellos usuarios que completaron el tratamiento. Es decir, los resultados arrojados por las diversas evaluaciones hechas al programa, no toman en cuenta a aquellas personas que abandonaron el tratamiento; habiéndose dejado de lado tanto el análisis o investigación de las razones por las cuales dichas personas abandonaron el tratamiento como la búsqueda de elementos motivacionales que debieran incluirse en el programa, para lograr una mayor adherencia por parte de los usuarios. Por tanto, es importante reconocer qué factores están relacionados con el incumplimiento de los planes terapéuticos. Cabe señalar que las características específicas del paciente, como variables de personalidad y factores sociodemográficos, no han mostrado una consistencia predictiva en la adherencia terapéutica.

##### 4.1 Adherencia Terapéutica

Uno de los grandes problemas que presenta el Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, es que no se ha logrado establecer una buena *adherencia terapéutica* por parte de los usuarios. La *adherencia terapéutica* se refiere al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas y concluye el tratamiento. Por el contrario, la falta de adherencia terapéutica se refiere a la terminación (abandono, separación, distanciamiento) prematura por parte del paciente de la terapia, al igual que la implementación incompleta o parcial de instrucciones terapéuticas. El papel de la adherencia desde el punto de vista psicoterapéutico, es muy destacado, ya que muchos procedimientos psicológico-conductuales incluyen pedirle al paciente que cumpla y ejecute tareas e instrucciones específicas (Dominguez, 1984).

Este hecho lo demuestra un estudio realizado por Ortega en el 2000, en donde se revisaron 400 expedientes de personas que asistieron al Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema, entre 1993 y 1995. Primeramente, se seleccionaron los expedientes de aquellos usuarios que completaron como mínimo la sesión de evaluación del tratamiento. Posteriormente se eligieron 205 expedientes, de los cuales 109 no concluyeron el tratamiento y sólo 96 usuarios lo habían terminado. Es decir, más del 50% de los usuarios desertaron o no completaron el proceso. Por lo tanto, en necesario implementar medidas terapéuticas, que actúen en favor de la adherencia al tratamiento.

Se ha comprobado en diversos estudios, que la falta de apego a los programas terapéuticos, resulta en grandes pérdidas tanto para el usuario, la familia y lo social.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En cuanto al usuario, la falta de adherencia, puede llevarlo a un estado de indefensión, en el que se sienta incapaz de solucionar su problema y no acudir a ningún otro tratamiento. Por lo que se refiere a lo familiar, existen estudios que demuestran una importante disrupción familiar con repercusiones para la pareja y los hijos, cuando el usuario hace un mal manejo del problema o abandona el tratamiento (Johnson, 1983, citado en Puente-Silva, 1984). En lo social, resulta de un enorme costo para las instituciones de salud, proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, prolongándose así innecesariamente los tratamientos y presentándose recaídas (sin aprendizaje) y readmisiones.

Dentro del tratamiento es importante trabajar en la reestructuración cognoscitiva del usuario, la cual consiste en habilitarlo en el desarrollo de nuevos marcos perceptuales y de cognición, con el objeto de que el usuario sea consonante con su problema de abuso de alcohol y que a través de esto, no sólo se adhiera efectivamente al programa terapéutico, si no que su calidad de vida se mantenga en niveles óptimos.

Dicha reestructuración cognoscitiva, no sólo debe basarse en recomendaciones o indicaciones terapéuticas, ya que éstas pueden diferir considerablemente con el estilo de vida y con las normas y valores que el paciente mantiene. Cuando esto ocurre, se presenta la disonancia cognoscitiva. El paciente entonces tratará de tomar una decisión que restablezca su armonía interna, desarrollando una consistencia y congruencia entre sus acciones y sus actitudes y valores. Dentro de los factores de relevancia en los procesos cognoscitivos que permiten establecer una mayor adherencia al tratamiento, están los sociológicos, los psicológicos y los fisiológicos.

#### **4.1.1 Factores Predictivos en la Adherencia Terapéutica**

Los factores sociológicos relacionados con la adherencia, se refieren a la interacción terapeuta/paciente. En este proceso es importante subrayar los modelos preexistentes establecidos en una sociedad sobre las expectativas de las personas, en relación al otorgamiento y la calidad de los servicios de salud. Otro aspecto sociológico importante, son los modelos y roles de las personas significativas un usuario.

Entre los factores psicológicos, que permiten una mayor adherencia al tratamiento, se encuentra el manejo adecuado del estrés y de la angustia, el grado de disonancia cognoscitiva del paciente, entre otras.

Entre los factores fisiológicos que influyen en el grado de adherencia al tratamiento, encontramos el grado de severidad del problema, el grado de afectación y daño causado por el alcohol, etc.

Haynes y Sackett en 1976 (citado en Puente-Silva, 1984) consideraron que dentro de los factores que tienden a aumentar la adherencia al tratamiento, se encuentran:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- a) La consideración y el reconocimiento por parte del usuario de la gravedad de su problema y las implicaciones y consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado.
- b) El grado de estabilidad familiar. Se ha visto, en muchos casos que la estabilidad familiar y la supervisión y apoyo, por parte de un miembro de la familia, incrementa el cumplimiento adecuado del tratamiento.
- c) El grado de cumplimiento del individuo en otras áreas de su vida. Aquellas personas que son constantes y que cuentan con una mayor capacidad para planear, tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente su tratamiento.
- d) El grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos durante el tratamiento. Aquellos usuarios que puedan, percatarse en forma clara y precisa, de los beneficios obtenidos con el tratamiento, mostrarán un mayor interés en continuar y mantenerse dentro del programa.

Autores como Pinkerton, Hughes y Wenrich, consideran la adherencia como un problema de conducta, y por lo mismo, piensan que es una de las metas principales de la medicina conductual, en el sentido de que la meta es la modificación de conductas asociadas al estado de salud y que interfieren con el desarrollo satisfactorio de un tratamiento. El contexto social en el cual vive el usuario y el medio en el que se desenvuelve, deben estudiarse, con el objeto de identificar variables ambientales que influyen en la conducta de adherencia del usuario (Puente-Silva, 1984).

#### **4.2 Fuentes de Estrés y Estabilidad Familiar como Factores que Favorecen la Adherencia Terapéutica.**

Como se mencionó anteriormente, varias investigaciones han revelado la existencia de factores que favorecen la adherencia al tratamiento. Para fines del presente estudio, nos enfocaremos al manejo del estrés, y la estabilidad y apoyo familiar.

La cantidad y la naturaleza, no siempre adaptativa de las actividades que demanda la vida cotidiana en nuestros días, y las responsabilidades derivadas del funcionamiento de la persona en escenarios laborales, sociales, familiares, etc., representan cada vez una mayor cantidad de estrés para el individuo. Si a esto agregamos, el hecho de que una persona que ha abusado del alcohol durante algún tiempo, ingresa a un programa de tratamiento, es de esperarse que el grado de estrés aumente. La familia, por ejemplo, puede provocar estrés en el usuario, exigiéndole un cambio rápido de conducta, recriminándole hechos pasados o criticándolo y desmotivándolo, ante la presencia de una recaída.

El estrés es un factor que debe recibir consideración primaria en la mayoría de los modelos de recaída en los tratamientos de adicciones. Mientras que las imprecisiones teóricas y metodológicas han resultado en un

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

apoyo empírico inconsistente en la relación que existe entre el estrés y el volver a beber, recientes hallazgos indican que el estrés eleva la posibilidad de recaer (Brown, Vik, Patterson, Grant y Schuckit, 1995).

Varias hipótesis describen a los estresores como indicadores que actúan como estímulos que evocan estados afectivos negativos y que promueven el uso de alcohol para aliviar el estrés emocional (Marlat y Gordon, 1985). Brown y cols. (1995), demostraron que por un lado, el estrés incrementa el riesgo a recaer y por otro, que el uso de sustancias adictivas está mediado por las expectativas de que dichas sustancias aliviarán el estrés. Volver a beber o a usar drogas, es más probable cuando las demandas de adaptación hacia los problemas que vive el usuario, exceden la capacidad adaptativa de la abstinencia.

En un estudio efectuado por Brown y colaboradores (1995), se examinó la relación entre la vulnerabilidad psicossocial y la presencia de recaídas, en un programa de tratamiento para alcoholismo, evidenciándose que aquellas personas que presentaban problemas en su forma de beber, y que durante su tratamiento experimentaban un fuerte estrés psicossocial, eran más propensas a presentar recaídas, en comparación con aquellos sujetos que no experimentaban ese tipo de estrés. Entre los sujetos alcohólicos expuestos a fuertes estresores psicossociales, aquellos con mayores puntajes en su vulnerabilidad psicossocial, tendieron a presentar más recaídas, que aquellos con menores puntajes de vulnerabilidad. En particular, las estrategias de afrontamiento, la auto-eficacia y el apoyo social, fueron variables que se relacionaron consistentemente con la presencia o no presencia de recaídas entre los sujetos de esta muestra.

Asimismo, Heather y Robertson, en un estudio realizado en 1983, revelaron que la reducción en el consumo de alcohol, se atribuye, entre otras cosas, a que los sujetos aprendieron a evitar factores estresantes en su entorno y a que mantuvieron contacto con profesionistas durante el tratamiento. En otras palabras, en la medida que los usuarios de un tratamiento enfrentan de manera adecuada las fuentes de estrés, estos muestran una mejor adherencia al tratamiento, debido a que su atención está focalizada en la conducta problema y no en factores externos.

Por otro lado, en muchas ocasiones la fuente de estrés se encuentra dentro de la familia, formándose un círculo vicioso, alrededor del uso de alcohol: 1) El usuario ingresa a un tratamiento; 2) Su familia no cree en la posibilidad de cambio y dicho sentimiento es transmitido al usuario; 3) Se produce estrés en el usuario; 4) El usuario recaer; 5) La familia reacciona negativamente; 6) Se produce más estrés tanto en la familia como en el usuario.

La ausencia de un marco familiar, ha demostrado deteriorar fácilmente la adaptabilidad del ser humano dentro de cualquiera de sus actividades. Es así, que dentro de un programa terapéutico, debe evitarse que la familia actúe como estresor, trabajándose a su vez en el desarrollo de habilidades, que le permitan brindar apoyo y soporte al usuario, durante el tratamiento.

De la misma manera se ha demostrado que cuando la familia actúa en forma apoyadora, se puede formar una red terapéutica (Galanter, 1993), en donde ésta participe en el proceso de cambio del usuario.

Tal hecho, lo evidencia un estudio realizado por Rankkoiainf y Turunen en 1969, en el cual examinaron 99 historias de hombres finlandeses que habían sido arrestados al menos diez veces en su vida por encontrarse en estado de ebriedad. Al final de su vida, seis de estos hombres habían sido bebedores moderados y dos habían llegado a ser abstemios. En estas personas, se comprobó que tenían un empleo, estaban casados y/o contaban con el apoyo de una familia, características que en general no presentaban aquellas personas que continuaron bebiendo (citado en Bien y cols. 1993).

Igualmente, Chick, Llyod y Crombie en 1985, identificaron 161 bebedores problema de un grupo de 731 pacientes, que no tenían tratamiento previo, pero contaban con algún grado de apoyo social. Estos pacientes recibieron una sola sesión de consejo respecto a su consumo de alcohol. Al año de seguimiento, el grupo de consejo breve, que contaba con apoyo social, mejoró en relación a sus problemas físicos y personales, comparado con el grupo que no recibió tratamiento o que lo recibió pero no contaba con apoyo social (Bien y cols., 1993).

De esta forma, podemos concluir que trabajar con la familia, a través de mecanismos que reduzcan su estrés e incorporándola al tratamiento del usuario, como elemento motivacional, puede ser muy útil dentro del proceso de cambio.

En cuanto al Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, dentro de sus estrategias centrales de intervención, encontramos técnicas de auto-control, análisis funcional de antecedentes y consecuentes del consumo excesivo de alcohol, entrenamiento en estrategias de afrontamiento y prevención de recaídas, siendo entonces importante incorporar como estrategia de intervención, el uso óptimo de redes y recursos sociales.



### CAPITULO III. LA FAMILIA COMO APOYO SOCIAL EN EL TRATAMIENTO DE BEBEDORES PROBLEMA

El alcohol es utilizado como parte del proceso de socialización del ser humano. Desde la "probadita infantil", inducida dentro de la familia, hasta la copa para festejar, son factores que facilitan el inicio y la costumbre del consumo.

Siendo entonces una práctica común entre la sociedad, muchos individuos que ingieren alcohol excesivamente, no creen tener problemas con esta sustancia; se encuentran en un estado en el que no contemplan la posibilidad de un cambio. Sin embargo, a medida que estos individuos comienzan a presentar problemas en diversas áreas de su vida, es que consideran la posibilidad de un cambio. Existen ciertas variables que se relacionan con el inicio de una nueva actitud hacia el consumo de alcohol (un accidente, problemas familiares, económicos o laborales, una enfermedad, el apoyo directo de familiares o amigos, etc.). El rasgo común a todas estas variables consiste en que el compromiso de cambio está influido, en casi todos los casos, por factores relacionados con el ambiente social del individuo. El nivel inicial de compromiso para cambiar parece ser frágil, en contraste con la fuerza que tienen las variables implicadas en el mantenimiento del hábito. Por ello, cuando el individuo ha decidido cambiar y ha ingresado a un programa terapéutico, debe utilizar conductas activas de enfrentamiento, que le permitan mantener una motivación y así poder lograr una mayor adherencia al tratamiento.

El cambio o recuperación, suelen estar relacionados con: 1) un compromiso público para dejar de consumir; 2) apoyo social por parte de la familia o amigos; 3) cambiar aquellas actividades sociales y recreativas relacionadas con la ingesta de alcohol (sin que esto se viva como una pérdida); 4) introducción de cambios constructivos en el estilo de vida; 5) desarrollo de medidas para afrontar y manejar las situaciones estresantes; y 6) producción de expectativas negativas con respecto al consumo y positivas relacionadas con la moderación o con la abstinencia.

Al respecto, Perri en 1985 (citado en Graña, 1994) encontró que los individuos que tenían éxito en un proceso terapéutico relacionado con adicciones, presentaban un mayor nivel de motivación, sus metas eran más altas, tenían un buen grado de apoyo familiar y social y habían utilizado con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento y de auto-reforzamiento en comparación con los individuos que fracasaban.

Por otra parte, las recaídas han sido durante muchos años, motivo de investigación dentro del tratamiento de adicciones. Diversos estudios en el campo de las adicciones, han reportado altos porcentajes de recaídas (falta de adherencia a las metas del tratamiento) en personas adictas a diferentes sustancias y que ingresan a algún tratamiento. Al respecto, varios estudios han propuesto al *apoyo social* (manifestado por familiares y personas cercanas al usuario) como una variable que influye en el resultado del tratamiento de las conductas adictivas (Galanter, 1993; Havassy, Hall y Wasserman, 1991). Definido como los recursos brindados por otras personas, el *apoyo social* ha estado ligado a un amplio rango de resultados relacionados con la salud, incluyendo mortalidad, enfermedades físicas, y síntomas psicológicos. Aunque la investigación acerca

del apoyo social relacionado con los resultados en el tratamiento de adicciones no es abundante, se cree que este tipo de apoyo tiene una influencia significativa en el éxito del tratamiento. Algunos estudios han encontrado que un mayor apoyo social está directamente asociado con un mayor porcentaje de abstinencia al final del tratamiento y después de éste, especialmente entre fumadores y alcohólicos. Este apoyo, motiva e influencia a aquellas personas que están en algún tratamiento, ayudándolas a mantenerse en la abstinencia. Contrariamente, en algunas ocasiones, la ausencia de una sólida red de apoyo social ha demostrado ser la causa principal para que se presente una recaída, durante o después del tratamiento (Havassy, Hall y Wasserman, 1991).

Por lo tanto, el apoyo social que proporciona la familia, amigos y el grupo social, puede influir en gran medida en las respuestas de una persona que abusa del alcohol, durante su proceso de recuperación, lo cual le permitirá enfrentar los problemas y situaciones difíciles que surjan en el camino del cambio (Antonucci y Depner, 1982, citado en Becona y cols., 1994).

Sin embargo, en nuestro país son muy pocas las instituciones y/o programas de tratamiento, que incluyen a la familia dentro del programa de tratamiento del usuario. Entre las instituciones dedicadas a dar atención a los familiares de pacientes alcohólicos encontramos el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAFF), el cual es un programa que brinda atención a personas con problemas de alcoholismo y a sus familiares, a través de un proceso de desintoxicación y un plan terapéutico integral. Por otra parte, los hospitales Juárez de México, General "Dr. Manuel Gea González", Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", y Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (atención a adolescentes), otorgan atención a pacientes alcohólicos, además de realizar algunas actividades de prevención mediante información a pacientes y sus familiares. Uno de los programas más activos de orientación familiar es el grupo de auto-ayuda Al-Anon. El principio fundamental de este grupo, es que por medio del apoyo de otros miembros del grupo, las personas allegadas al alcohólico, le quiten a éste su atención, y comiencen a pensar en ellos y en sus necesidades.

Como nos podemos dar cuenta, en general dichos programas están dirigidos a personas que presentan una dependencia severa al alcohol y a sus familiares. Asimismo, la inclusión de *redes de apoyo social*, dentro de los tratamientos para personas que abusan del alcohol (y de drogas) no ha sido muy difundida; la familia suele tratarse por separado, y no como un elemento motivacional que puede participar activamente dentro del tratamiento.

Por lo tanto, existe la necesidad de diseñar programas que cubran las necesidades tanto de los individuos que presentan una dependencia severa al alcohol, como de "bebedores problema". Del mismo modo, dentro de los programas terapéuticos se deben incluir redes de apoyo social que favorezcan la adherencia al tratamiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 1. CONCEPTOS TEÓRICOS DE FAMILIA Y DE APOYO SOCIAL.

Desde hace algún tiempo se viene continuamente mencionando y resaltando el papel de la familia en diferentes problemas que atraviesa la sociedad. Se han comenzado a elaborar programas en donde vemos a la familia como uno de los actores principales en el proceso del desarrollo social y la solución de problemas y conflictos vinculados a éste.

En las tres últimas décadas, la creciente literatura clínica y de investigación sobre los aspectos familiares del abuso del alcohol, ha puntualizado el importante papel de los factores familiares en el inicio y curso clínico de este problema. Hace aproximadamente 30 años, los clínicos que trataban este problema, no tenían en cuenta a la familia, pero la situación actual está comenzando a cambiar, ya que algunos programas de tratamiento de adicciones comienzan a dar importancia a la inclusión de los miembros de la familia (Steinglass, 1997).

Sin embargo, dentro de los programas que se llevan a cabo en México, en general la familia no ha sido incluida dentro de los trabajos de prevención y tratamiento para las adicciones, dejándose de lado lo que realmente ésta puede significar dentro del proceso terapéutico. Es importante ver a la familia no solamente como un sistema afectado por el abuso de drogas o alcohol, si no como agente de cambio, con todas sus potencialidades.

Por frágil e inestable que sea una familia como estructura social, va a ser un eje fundamental para dar solución a un problema de abuso de sustancias, que se presente en alguno de sus miembros. La familia ha de ser contemplada como una red de comunicaciones entrelazadas, en la que todos los miembros, desde el más pequeño hasta el mayor, influyen en la naturaleza del sistema, al tiempo que todos a su vez, se ven afectados por el propio sistema (Graña, 1994).

En muchas personas que abusan del alcohol y que tienen o han tenido problemas tanto de pareja como familiares, un ajuste positivo en éstas áreas se ha relacionado con un mejor resultado en el tratamiento del abuso de alcohol. Además existe una creciente evidencia clínica y de investigación, entre la interacción entre el área marital-familiar y el abuso de alcohol (O'Farrell, 1995).

Desde el modelo conductual, las adicciones se consideran como una conducta funcional que tiene lugar en un contexto en el que interaccionan, fundamentalmente, la historia pasada y las expectativas futuras del consumidor y de cada uno de los miembros de la familia. Dentro del sistema familiar se produce un cambio constante en la historia de cada miembro a medida que va pasando por los distintos periodos evolutivos, así como en sus expectativas, las pautas de interacción y las estrategias de afrontamiento. La interacción en las familias con un miembro que abusa del alcohol, en general, es negativa y suele caracterizarse por la ausencia de afecto y de intimidad. Por otra parte, las pautas de interacción y las estrategias de afrontamiento juegan un papel considerable, tanto en el desarrollo como en el mantenimiento del uso/abuso del alcohol y drogas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Asimismo, responden a la influencia que tienen las habilidades de cada uno de los miembros, en el momento de interactuar (Graña, 1994).

Por ejemplo, se ha visto que muchos individuos que crecen con un padre que abusa del alcohol, están en riesgo de desarrollar problemas relacionados con la bebida, ya sea por factores genéticos o por modelos parentales deficientes. Asimismo, por una parte los problemas maritales y familiares (interacciones familiares negativas) pueden estimular un consumo de alcohol excesivo, propiciando el mantenimiento de este tipo de consumo una vez que ha empezado (Maisto, O'Farrell, Connors, McKay y Pelcovits, 1988, citado en O'Farrell, 1995), mientras que por otro, se ha demostrado que si se dan interacciones positivas por parte de los familiares cercanos o enfrentan el consumo de forma constructiva, esto puede influir determinadamente para que el consumo futuro se reduzca; por lo tanto se considera que los miembros de la familia, pueden ser el principal recurso para la prevención y la solución de problemas asociados con el uso de alcohol o drogas (Natera, Casco, Nava, Ollinger, 1990).

Para poder entender la importancia que tiene la familia como agente activo promotor de cambios, vale la pena definir el término "**familia**", como un conjunto de personas que viven juntas, relacionadas unas con otras, que comparten sentimientos, responsabilidades, información, costumbres, valores, mitos y creencias. La familia como institución social, es un sistema de fuerzas que constituye un núcleo de soporte y apoyo para sus miembros y la comunidad (Peña y Padilla, 1997). Cada miembro de ésta, influye en la conducta de todos los miembros y cada dificultad o desviación, altera los procesos de interacción de todos ellos. La estabilidad y satisfacción de la mayor parte de los individuos depende en gran parte de sus relaciones intrafamiliares (Malgarejo, Samahuja, Pérez, Serrano y Rodríguez, 1987).

Una de las características más relevantes del sistema familiar, en los países en vías de desarrollo, los cuales no han sido tan absorbidos por el individualismo y la modernidad, es que las **redes familiares** continúan siendo muy activas: las familias se configuran mutuamente como un refugio ante la crisis y ante los problemas (Natera y cols. 1998). El hogar y las redes sociales se conforman en nuestro entorno, como un área de protección, solidaridad, desarrollo y cohesión.

De hecho, el que los miembros de la familia se infomen y participen dentro de un problema de adicciones, hace que se pueda añadir un componente muy importante a la recuperación del paciente: **la red y el apoyo social** (Graña, 1994).

La **Red Social** ha sido definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad. Constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de la identidad y bienestar, incluyendo los **hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación durante una crisis** (Sluzki, 1998).

Speck, Ross y Attneave, en 1973, reconocieron a la **red social** como la socio-estructura donde tienen lugar las transacciones de apoyo. Es el conjunto de relaciones interconectadas entre un grupo de personas, que ofrecen refuerzo contingente para afrontar situaciones de la vida cotidiana. Elkaim (1989, citado en Peña y Padilla, 1997) caracterizó a las redes sociales, por estar constituidas por un grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas, capaces de brindar ayuda y apoyo, reales y duraderos, a un individuo. Cabe mencionar, que desde el punto de vista de las redes sociales, no existe ninguna regla específica acerca de quién debe o quién no debe ser incluido dentro de un programa terapéutico para conformar la red de apoyo. Dependiendo de los aspectos metodológicos y los objetivos del programa terapéutico, existe una amplia libertad de incluir a aquellas personas con quien el paciente o usuario siente que podrá contar durante su tratamiento (Attneave, 1976).

Por otra parte, diversos autores han definido al **apoyo social** como, aquellas interacciones o relaciones sociales que ofrecen a los individuos asistencia real o un sentimiento de conexión a una persona o grupo que se percibe como cercano. Ha sido identificado, como el intercambio de recursos o ayuda de tipo material, emocional, instrumental, de asistencia, información o valoración, que se da por lo menos entre dos individuos: uno que provee y otro que recibe, con el objeto de provocar efectos emocionales y/o conductuales benéficos para el receptor. El apoyo o soporte social, generalmente es ofrecido por los grupos primarios más importantes para el individuo (familia). La idea básica subyacente a estas definiciones, es que el apoyo social refuerza el sentido de valía del individuo al percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social. De hecho se puede decir que el soporte social representa una necesidad social básica en el ser humano (Peña y Padilla, 1997). El término de "apoyo social", también ha sido usado para referirse a los mecanismos por medio de los cuales las relaciones interpersonales actúan como protectoras de un medio ambiente estresante (Booth, Russell, Soucek y Laughlin, 1992).

Sluzki (1998) por su parte, definió cuáles son las funciones de la red de apoyo, con base en el tipo prevalente de intercambio interpersonal entre los miembros de la red. Estas incluyen:

- a) **Compañía social:** Se refiere a la realización de actividades conjuntas o simplemente el que los miembros de la red estén juntos.
- b) **Apoyo Emocional:** Son los intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo; es poder contar con la resonancia emocional y la buena voluntad del otro; es el tipo de función característica de las amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas con un nivel bajo de ambivalencia.
- c) **Guía Cognitiva y Consejos:** Se refiere a las interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de rol.

- d) **Regulación o control social:** Se refiere a aquellas interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, además de neutralizar las desviaciones de comportamiento que se apartan de las expectativas colectivas.
- e) **Ayuda Material y de Servicio:** Es la colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, incluyendo los servicios de salud.

Teniendo una idea más o menos clara de lo que es el apoyo social y sus implicaciones, podemos comprender el papel tan importante que éste juega para individuos, familias, comunidades, e incluso dentro de la prevención y tratamiento de algunas enfermedades mentales o problemas psicológicos, ya que el apoyo o soporte social contribuye al mantenimiento de la salud y a mejorar la evolución de diferentes enfermedades. Existe amplia evidencia de que una red de apoyo social estable, sensible, activa y confiable, protege a la persona de enfermedades y problemas emocionales, actúa como agente de ayuda y acelera los procesos de recuperación (Sluzki, 1998).

Peña y Padilla (1997), destacan que las investigaciones respecto al apoyo social se han desarrollado a lo largo de tres perspectivas teóricas:

- a) Una primera línea de investigación postula que el apoyo social tiene efectos directos sobre la salud física y mental de las personas.
- b) Una segunda línea de investigación postula que el apoyo social reduce directamente el impacto de los eventos estresantes que afectan a las personas. Es decir, el apoyo social se relaciona, no sólo con la salud en general, si no con el ajuste a un evento estresante particular.
- c) Finalmente, la conceptualización más compleja sobre los efectos del apoyo social postula que éste no influye directamente ni sobre la salud, ni sobre los estresores: el apoyo social modula la relación entre ambos, concretamente amortiguando el impacto de los eventos estresantes sobre la salud de las personas. Esta hipótesis afirma que el estrés psicosocial tendrá efectos negativos sobre la salud de aquellas personas que no tengan apoyo social, mientras que estos efectos negativos se reducirán en aquellas personas con fuertes apoyos sociales. En contraste, el apoyo social no influirá en aquellas personas que no estén sometidas a estrés. (Peña y Padilla, 1997; Brown, Vik, Patterson, Grant y Schuckit, 1995).

Analizando la estructura y los funcionamientos de las interrelaciones de las personas con los miembros de sus redes, los profesionales en el campo de las adicciones, pueden llevar a cabo estrategias que favorezcan los apoyos existentes, con el objeto de desarrollar los potenciales de los pacientes o que en situaciones de necesidad, los completen o sustituyan. A través del análisis de la red social se puede trascender en la

intervención individual y establecer, de forma más precisa, los objetivos y las funciones de los diferentes tipos de redes o de configuraciones de redes, en una comunidad determinada.

## 2. REDES DE APOYO SOCIAL EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES.

La intervención comunitaria se ha caracterizado, entre otros aspectos, por la incorporación de los recursos naturales de las personas, familias y grupos de una comunidad en los procesos de solución y prevención de los problemas sociales. La intervención comunitaria toma sentido si se incorpora la importancia que el apoyo social tiene en la salud y el bienestar, las transiciones vitales y las situaciones de crisis (Vítalba, 1993).

Por ejemplo, Gore (1978, citado en Sluzki, 1998), realizó estudios en personas desempleadas, destacando la importancia que tiene el apoyo del cónyuge en la reducción de síntomas emocionales. Otras investigaciones han intentado demostrar la importancia de tener uno o dos confidentes íntimos, frecuentemente el cónyuge, como modelo más eficaz para proporcionar apoyo social. Además, se ha confirmado que la clase de soporte que tendría mayor importancia, depende no sólo de la estructura o del tamaño de la red, si no de la calidad de las relaciones.

El apoyo social, ha sido identificado como un importante factor, dentro de la recuperación de diferentes problemas de salud, incluyendo el abuso de sustancias. La evidencia que existe acerca de la importancia del apoyo social con personas que abusan del alcohol, se deriva de: los resultados de diversos estudios, de la recuperación que presentan algunas personas sin asistir a tratamiento y de la efectividad del tratamiento cuando se involucran a personas cercanas al usuario (Sobell, Sobell y Leo, 2000)

En los últimos años, se ha puesto mayor énfasis en que los programas de tratamiento para las adicciones, contengan un fuerte componente social, incluyendo grupos terapéuticos familiares y la participación de redes sociales que apoyen el tratamiento. En un estudio que se hizo con usuarios de cocaína, aquellos que contaban con una red de apoyo social natural, mostraron mejoras en las primeras seis semanas de haber entrado a tratamiento. De la misma manera, el apoyo social durante la fase de post-tratamiento, estuvo asociado con mejores resultados (Weisz, Havassy y Wasserman, 1994, citado en Weisz, 1996).

En estudios realizados a partir de los resultados de distintos tratamientos, Moos y colaboradores (1977, 1980, 1981, 1990, citado en Sobell y cols. 2000), fueron de los primeros en evaluar la relación existente entre recursos medioambientales y los resultados en el tratamiento, mostrando que aquellos individuos con una familia y/o trabajos estables, funcionaban significativamente mejor después del tratamiento que aquellas personas que carecían de esos recursos. Estudios con personas que abusan del alcohol y que están en tratamiento, han encontrado que la estabilidad marital está positivamente relacionada con el resultado en el tratamiento. Bromet y Moss (1977, citado en Sobell y cols, 2000) también encontraron que los resultados de un

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tratamiento estaban significativamente relacionados con la calidad de los recursos: "entre los pacientes casados, un mayor ambiente familiar positivo estuvo asociado con mejores resultados en el tratamiento".

O'Farrell (1995) describe que una terapia marital conductual, produce mejores resultados que una terapia de tipo individual para personas alcohólicas, debido a que la primera intensifica algunos factores de las relaciones de pareja, los cuales influyen en el mantenimiento de la sobriedad. Estos factores incluyen apoyo social, mayor cohesión entre la pareja y una comunicación efectiva. El hecho de que se fomente tanto una relación cohesiva, como actividades positivas en pareja, proporciona un ambiente familiar menos estresante, el cual reduce el riesgo de recaer.

Por otra parte, diversas investigaciones hechas en personas que se han recuperado de forma natural, es decir, sin haber asistido a tratamiento, han resaltado la existencia del soporte social. En uno de los estudios más largos acerca de la recuperación natural en personas con problemas de alcohol, el apoyo social, especialmente el de la pareja, fue el factor que apareció con más frecuencia en influir y mantener el estado de recuperación. Asimismo, en diversos estudios, se han encontrado ventajas en las terapias conductuales de pareja sobre las terapias individuales, en bebedores casados (O'Farrell, 1995).

El problema de las adicciones, está influido en gran parte por el contexto interpersonal en el que tiene lugar, principalmente el familiar; el cual es el ambiente social básico del individuo, pudiéndose convertir en una fuente de adaptación o por el contrario de estrés, lo cual depende de la calidad de la relación entre los miembros. Las emociones positivas y negativas están determinadas por las cogniciones, creencias, atribuciones y expectativas, que a su vez influyen en la conducta manifiesta. Las habilidades de solución de problemas familiares se llegan a ver alteradas por estados emocionales negativos (Graña, 1994). Por lo tanto, las intervenciones que se hagan con la familia de los usuarios, deberán no sólo cambiar las pautas de interacción negativa, si no modificar las expectativas y las atribuciones negativas que tienen los miembros de la familia sobre la conducta del usuario, para así reducir los estados emocionales negativos e incrementar los sentimientos y pensamientos positivos. Es así, que si se reduce la negatividad de la familia y se cambia por un estado más positivo, volviéndose esta más colaboradora, es posible que el usuario muestre avances más rápidos dentro del tratamiento, además de mostrar un mayor éxito en su intento por aprender a comunicarse y a solucionar los problemas de forma eficaz.

Asimismo, la normalización de la convivencia familiar constituye uno de los objetivos prioritarios dentro de la intervención conductual en el campo de las adicciones, dado el carácter socializador de esta estructura social básica. A su vez, los familiares son una fuente importante de recursos terapéuticos, ya que las redes familiares de los bebedores problema, suelen conservarse casi intactas. Ya que es habitual que el bebedor problema pase por períodos de abstinencia o moderación y recaídas durante su proceso terapéutico, la familia puede ser entrenada para actuar en estas situaciones de crisis, potenciando, así, el proceso motivacional para lograr el cambio (Graña, 1994). De la misma manera, se ha observado que un ajuste conyugal favorable se asocia con una menor probabilidad de abandonos al tratamiento y resultados más positivos (Galanter, 1997).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Algunos años atrás, Orford y Edwards (1977) propusieron que se debían analizar e incrementar las fuerzas naturales que influyen para obtener un tratamiento exitoso, con el fin de que puedan ser incluidas y explotadas por intervenciones planificadas. Además, a pesar de que el apoyo social es considerado como una fuerza natural (excepto las terapias de pareja y familiares), sólo algunos estudios en el campo del alcohol han incorporado explícitamente el apoyo social dentro de sus diseños de tratamiento. Asimismo, muchos estudios realizados alrededor de terapias de pareja y familiares, toman un enfoque sistémico, resaltando que la mayoría no están diseñadas para incrementar el apoyo social. Por lo tanto, un enfoque alternativo es el de incorporar al soporte social dentro de ciertos tratamientos, con el fin de incrementar los efectos positivos de este (citado en Sobell y cols. 2000).

Tal hecho lo demuestra un estudio realizado por Barber y Crisp (1995), en el cual se encontró que el soporte ofrecido por las personas más apoyadoras de la red social natural de los bebedores, fue un buen predictor del patrón de consumo que se presentaría durante el seguimiento. Se demostró igualmente, que reatizar el soporte natural disponible para los usuarios puede mejorar los resultados del tratamiento.

El conocimiento clínico ha confirmado que la respuesta de una persona que abusa del alcohol ante el tratamiento, es mejor cuando se incluye a los miembros de la familia, lo cual parece particularmente cierto cuando se incorpora a los cónyuges en el proceso de tratamiento (Collins, 1990).

Havassy y cols. (1991), analizaron la relación existente entre el apoyo social y las recaídas, en pacientes alcohólicos, fumadores y usuarios de opiáceos dentro de un tratamiento (N=221). El programa terapéutico incluía técnicas aversivas, discusiones grupales y apoyo. Se establecieron tres funciones generales de apoyo: emocional, instrumental y no apoyo. Dentro de los resultados se observó que los usuarios que contaban con redes de apoyo social altamente estructuradas, mostraron reducciones significativas en los riesgos de recaídas. Una mayor integración social por parte de los usuarios y el que tuvieran una pareja apoyándolos, fueron variables que predijeron menores riesgos. Al respecto Cohen (1988, citado en Havassy y cols., 1991) sugirió que la integración social, puede proveer un sentimiento de identidad y autoestima, el cual provoca eventos físicos y psicológicos positivos, viéndose entonces reflejado en prácticas de conductas saludables.

Booth y colaboradores en un estudio realizado en 1992, concluyeron que fuentes específicas (familia y/o amigos) y formas (restablecimiento de la confianza) de apoyo social son importantes en la recuperación del abuso de alcohol.

El que la familia tenga información adecuada acerca del problema de abuso de alcohol y del programa de tratamiento al que ha ingresado el usuario, ha demostrado ser un elemento efectivo en el desarrollo de habilidades de apoyo en los familiares de los usuarios. Informar con eficacia es una técnica importante; conocer los conceptos básicos en relación al alcohol y al tratamiento, favorecerá la evolución del usuario y de la familia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La exposición de tales cuestiones es una estrategia muy eficaz, la cual incluso puede ser respaldada con un folleto informativo (Melgarejo y cols. 1987).

Se ha demostrado en diversas investigaciones, que aquellas personas significativas para el usuario que tienen una mejor comprensión acerca de los principios de la prevención de recaídas, pueden ser fuertes recursos de apoyo social, para ayudar al usuario a evitar una recaída o a enfrentarla constructivamente en caso de que se presente. Por ejemplo, las personas que integran la red de apoyo social, pueden ayudar al bebedor problema a enfrentar las situaciones de riesgo, animándolos y reforzándolos a rechazar el alcohol en estas situaciones (Sobell, Sobell y Leo, 2000).

Galanter en 1993, estableció el concepto de "Red Terapéutica", el cual fue elaborado específicamente para conducir a una recuperación exitosa de los pacientes adictos. Definió a la red terapéutica como un enfoque de rehabilitación en el que los miembros de la familia y los amigos son incorporados para proporcionar un apoyo continuo y promover cambios de actitud. Los miembros de la Red Terapéutica, son parte del "equipo" de trabajo del terapeuta y no sólo sujetos de tratamiento. El objetivo de este enfoque es la adquisición rápida de la abstinencia con prevención de recaídas y el desarrollo de una adaptación libre de sustancias. Este autor describe que dentro de la red terapéutica actúa la "cohesión social", la cual es la suma de todas las fuerzas que actúan en los miembros de un grupo para mantener un compromiso. Esta, puede ser un importante factor para comprometer al usuario con el tratamiento, aun cuando se muestre un poco renuente a él. En relación con la rehabilitación en el caso del abuso de sustancias, Galanter propone que la cohesión es particularmente importante cuando se presenta una recaída o se esta en riesgo de recaer, ya que es el principal vehículo para retener al paciente dentro del tratamiento.

En una investigación realizada por Sobell, Sobell y Leo (2000), se estudiaron a 56 bebedores problema que estuvieran casados (incluyendo unión libre) y que estuvieran de acuerdo en que su pareja participara en el tratamiento. Se usaron dos grupos, los cuales se diferenciaban en la manera en que la pareja era involucrada en el tratamiento. Cada una de las parejas fueron asignadas aleatoriamente a ambos grupos. El grupo de "apoyo social natural" (control) recibió información acerca del tratamiento y aquellas dudas que presentaran les fueron resueltas, pero este grupo no fue instruido para tomar un papel activo de ayuda para el bebedor y así poder lograr un resultado positivo. Cualquier tipo de apoyo social recibido por los usuarios de este grupo, era "natural". Por otro lado, las parejas asignadas al grupo de "apoyo social dirigido" (experimental) no solo recibieron información acerca del programa de tratamiento, si no que además fueron instruidas en la forma en que podían activamente facilitar la prevención de recaídas en el bebedor problema. El objetivo central de las sesiones de consejería para las parejas de los usuarios de ambos grupos, fue el de brindarles una mejor comprensión del programa de tratamiento de los usuarios, así como proveerles de una perspectiva más realista de ver la recuperación en un problema de ingesta excesiva de alcohol. Dentro de los resultados obtenidos, ambos grupos (control y experimental) mostraron una reducción significativa en el patrón de consumo entre un año antes del tratamiento y al año de seguimiento. Por otra parte, no se mostraron diferencias entre los resultados obtenidos por los dos grupos.

O'Farrell (1995), plantea que el hecho de que la pareja del usuario sea orientada en la forma en la que deberá interactuar con el usuario durante el tratamiento, evitará que se presenten conflictos entre ellos y se precipite una recaída. Una vez que el usuario haya logrado alcanzar la abstinencia o la moderación (dependiendo del programa), su pareja debe apoyarlo, ayudándolo a involucrarse en actividades placenteras y libres de riesgo, pero si se continúa reprochando y hablando de conductas pasadas o de posibles recaídas futuras, es probable que se precipite una recaída. De la misma manera, se debe establecer un acuerdo claro y específico entre el usuario y los miembros de la familia, acerca de la meta de tratamiento, así como del papel de cada miembro para alcanzar esta meta. De hecho, pueden ser discutidas y analizadas las situaciones de riesgo identificadas por el usuario, para que de esta forma los miembros de la familia planeen la forma en que enfrentarán dichas situaciones. Más que responsabilizar a los miembros de la red de apoyo por la presencia de una recaída, se les debe enseñar el modelo de prevención de recaídas, para que de esta forma identifiquen las etapas del proceso de recaída y de qué forma pueden prevenirlas (O'Farrell, 1995; Gordon y Barret, 1993).

Galanter (1997), planteó que dentro de la rehabilitación hospitalaria el paciente es privado de la oportunidad de beber hasta que los resultados vayan siendo más alentadores, sin embargo no se le capacita para manejar los estímulos o situaciones de riesgo que lo pueden incitar a beber tras el alta. Por lo tanto, sería más razonable planificar la rehabilitación del paciente recurriendo a los vínculos sociales disponibles en su propia comunidad. En cuanto a la terapia ambulatoria, dicho autor propone, que se podría utilizar la red inmediata del individuo centrada en su cónyuge, amigos, familia y quizá, algún compañero de trabajo. Los componentes de la red, sólo son partes de los sistemas naturales de apoyo que operan habitualmente sin intervención profesional, pero, si es posible conseguir que actúen conjuntamente, la fuerza de su influencia social puede servir como un valioso recurso terapéutico. De hecho pueden complementar la terapia individual o grupal con muy buenos resultados.

Tomando en cuenta que por una parte, uno de los eventos más comunes presentados por los bebedores problema, poco después de haber terminado el tratamiento, es la presencia de recaídas, y que por otra, el apoyo social es una potente influencia medioambiental en la conducta, se puede decir que la manera en que la pareja u otra persona significativa para el usuario reaccione ante una recaída, podrá influir en la forma futura de consumo de alcohol y en su patrón general de recuperación.

Noone, Dua y Markham (1999) identificaron que las recaídas se podían predecir a través de la presencia de varios factores: a) falta de recursos para afrontar situaciones de riesgo, b) formas de afrontamiento negativas, c) deficientes apoyos sociales y, d) baja auto-eficacia.

Por consiguiente, el objetivo de incluir a la familia o personas cercanas dentro del tratamiento de las personas que abusan del alcohol o drogas es: a) Propiciar la recuperación en su propio contexto, aprovechando los recursos de apoyo que pueda brindar la familia o personas cercanas; b) Aumentar la adherencia al tratamiento por parte del paciente; c) Aumentar las tasas de cumplimiento; d) Disminuir los riesgos de recaídas;

e) Aumentar el apoyo social disponible para el usuario, especialmente después del tratamiento y ante la presencia de una recaída; f) Mantenimiento de la abstinencia o moderación en el futuro.

Estos objetivos se pueden conseguir estableciendo un programa concurrente para los miembros de la familia, paralelo e integrado con el programa de tratamiento del usuario (Steinglass, 1997).

Cabe mencionar, que a diferencia de los familiares implicados en la terapia de familia o de pareja tradicional, los miembros de la red de apoyo no deben esperar que sus síntomas mejoren o que se ponga especial énfasis en su problemática individual. Se debe precisar, que los miembros de la red serán un elemento importante en el tratamiento y que el centro de atención será siempre el usuario y su problema de abuso de alcohol (o de sustancias). El terapeuta evita centrarse en la historia familiar del usuario durante las sesiones de la red, porque incluir los conflictos familiares puede entorpecer la principal tarea de ayudar a mantener las metas de consumo del usuario. Centrarse en estas cuestiones implicaría establecer objetivos adicionales, obligando al terapeuta a asumir la responsabilidad de resolver conflictos que no están necesariamente ligados al problema de abuso de sustancias.

Existen todavía pocos ensayos clínicos controlados sobre enfoques en donde se incluya a la familia como parte del proceso terapéutico del bebedor problema y del abuso de sustancias en general, pero los estudios efectuados hasta la fecha indican consistentemente la superioridad de las terapias que incluyen redes de apoyo social, sobre los enfoques de terapia individual donde no se contempla esta clase de apoyo. Aunque el tamaño de las muestras en muchos de estos estudios tiende a ser pequeño, la coherencia de la magnitud de las diferencias del porcentaje de abandonos cuando se incluye a familiares cercanos en el tratamiento versus cuando no se les incluye, sugiere que el resultado sería el mismo en un estudio a mayor escala. En términos más amplios, la disponibilidad de un mayor apoyo social para los usuarios, ha mostrado ser un importante predictor de resultados terapéuticos positivos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## II. OBJETIVO

### OBJETIVO GENERAL

- Demostrar que al brindar a un familiar cercano al usuario, información clara y adecuada, acerca de qué es el abuso de alcohol y de las características del tratamiento, éstos serán capaces de dar apoyo social durante y después del tratamiento, hecho que se verá reflejado en una mayor adherencia al tratamiento por parte del usuario y mejor mantenimiento de la meta de consumo.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Desarrollar un Folleto dirigido a los familiares de los usuarios del Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema, que contenga información **general** acerca de qué es el alcohol, qué opciones de tratamiento existen para un bebedor problema, qué es el consumo moderado de bebidas alcohólicas, características generales del Programa de Auto-Cambio y la importancia de la familia dentro del proceso terapéutico.
- Desarrollar una Sesión Informativa, dirigida a los familiares de los usuarios del Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema, que contenga información **específica** acerca de qué es el alcohol, sus consecuencias, la diferencia entre bebedor problema y bebedor con dependencia severa o alcohólico, qué es el síndrome de abstinencia, qué es la tolerancia, qué es un trago estándar, características del Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema, qué es la moderación y la abstinencia, qué es una recaída, formas en que la familia puede afrontar una recaída y la importancia que tiene la familia dentro del proceso de cambio.
- Demostrar que la Sesión Informativa, dirigida a la familia del usuario, es un elemento que aumenta la información y mejora la calidad de la misma, respecto al consumo de alcohol y al tratamiento.
- Demostrar que la obtención de información oportuna y objetiva respecto al consumo de alcohol y al tratamiento por parte de un familiar cercano al usuario, es un elemento que favorece el mantenimiento de la meta de consumo y la adherencia al tratamiento.
- Traducir y validar el "Alcohol Questions", de Sobell & Sobell (1999).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### III. DEFINICION DE VARIABLES

#### A) VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Folleto: "Alcohol y Familia: ¿Qué información debo tener?"
- Sesión Informativa

#### B) VARIABLES DEPENDIENTES:

- Manejo de la Información referente al consumo de alcohol y al tratamiento, por parte del colateral.
- Adherencia al tratamiento (permanencia o deserción del tratamiento)
- Mantenimiento de la meta de tratamiento (moderación o abstinencia).

#### C) DEFINICIÓN DE OPERACIONAL DE VARIABLES:

- **FOLLETO: "ALCOHOL Y FAMILIA: ¿QUÉ INFORMACIÓN DEBO TENER?"**: Material impreso dirigido a los familiares de los usuarios del Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema, que contiene información general acerca de qué es el alcohol, qué opciones de tratamiento existen para un bebedor problema, qué es el consumo moderado de bebidas alcohólicas, características generales del Programa de Auto-Cambio y la importancia de la familia dentro del proceso terapéutico.
- **SESIÓN INFORMATIVA**: Sesión dirigida a los familiares de los usuarios del Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema, en donde se proporciona información específica acerca de qué es el alcohol, sus consecuencias (físicas, psicológicas y sociales), la diferencia entre bebedor excesivo o problema y bebedor con dependencia severa o alcohólico, qué es el síndrome de abstinencia, qué es la tolerancia, qué es el trago estándar, descripción del Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema, qué es la moderación y la abstinencia, y la importancia que tiene la familia dentro del proceso de cambio.
- **INFORMACIÓN**: Conocimiento que se tiene de algo. Conjunto de conceptos dado por cualquier medio de comunicación (García-Pelayo, 1988).
- **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**: Proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas (Puentes-Silva, 1984). En esta investigación, la adherencia se define como la permanencia o deserción del tratamiento.
- **METAS DE TRATAMIENTO**: Las metas de tratamiento representan una norma o modelo interno utilizado por las personas para evaluar su propia ejecución. Dentro del Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema, existen dos metas de tratamiento o de consumo, que son seleccionadas por el usuario:

- a) **MODERACIÓN:** Consumir no más de 4 tragos estándar por ocasión, no más de uno por hora y no beber diariamente, es decir un máximo de 12 tragos por semana. En el caso de las mujeres el máximo aceptado por ocasión son 3 tragos y un máximo de 9 por semana. Deben tomar una copa por hora (Ayala y Echeverría, 1998).
- b) **ABSTINENCIA:** Se refiere al cese total o interrupción brusca del consumo de alcohol o drogas (Puente-Silva y cols., 1979).

#### IV. METODO

##### A) TIPO DE MUESTRA

La muestra de bebedores problema fue de tipo no probabilístico accidental (Kerlinger, 1994), seleccionándose aquellas personas que ingresaron al Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema, dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM, y que podían contar con la participación de un familiar cercano, durante el tratamiento. De esta forma, la muestra estuvo conformada por 12 parejas (usuario/familiar); de los 12 usuarios, 4 fueron mujeres y 8 hombres, mientras que de los 12 familiares, 10 fueron mujeres y 2 hombres.

Los criterios que se utilizaron para incluir a los usuarios del Programa de Auto-Cambio a la presente investigación, fueron los siguientes:

- a) Tener por lo menos 18 años de edad, pero no ser mayor de 70 años.
- b) Saber leer y escribir.
- c) Domicilio permanente.
- d) No acudir al tratamiento porque la ley se lo exige.
- e) No estar en otro tratamiento de alcohol y/o drogas.
- f) Acudir voluntariamente al programa.
- g) Contar con la participación de un familiar cercano, durante el tratamiento.

Para este trabajo, un criterio de inclusión adicional, fue que los usuarios contaran con un familiar con el que tuvieran contacto diario, y que estuviera dispuesto a participar en el programa.

Por otra parte, los criterios de inclusión para los familiares de los usuarios fueron:

- a) Saber leer y escribir.
- b) Ser mayores de 18 años y menores de 70.

- c) Tener domicilio permanente.
- d) No sufrir daño orgánico o mental
- e) Tener contacto diario con el usuario.
- f) Acceder a participar.

## B) ESCENARIO

El presente trabajo se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

## C) DISEÑO EXPERIMENTAL

El diseño de la presente investigación fue cuasi-experimental, pretest - postest, con tres grupos, dos experimentales y uno control (4 parejas en cada uno), a los que se les aplicó el *Cuestionario de Alcohol para el Colateral\**, antes de comenzar las sesiones de tratamiento y a los seis meses de seguimiento.

La distribución de las parejas dentro de cada grupo, se hizo de la siguiente manera: la primera, se asignó al Grupo Experimental 1, la segunda al Grupo Experimental 2, la tercera al Grupo Control, la cuarta al Grupo Experimental 1, y así sucesivamente, quedando la pareja número 12 en el Grupo Control. En el Grupo Experimental 1 (GE1= Cuestionario + Sesión Informativa + Folleto + Tratamiento del usuario + Cuestionario) los familiares de los usuarios recibieron tanto el Folleto como la Sesión Informativa, mientras que a los del Grupo Experimental 2 (GE2= Cuestionario + Folleto + Tratamiento del usuario + Cuestionario), sólo se les proporcionó el Folleto. Los familiares de los usuarios del Grupo Control (GC= Cuestionario + Tratamiento del usuario + Cuestionario) no recibieron ni el Folleto, ni la Sesión Informativa, solo contestaron el Cuestionario.

## D) INSTRUMENTOS Y MATERIALES

- **FOLLETO: "ALCOHOL Y FAMILIA: ¿QUÉ INFORMACIÓN DEBO TENER?" (ANEXO 1):** Este, es un material impreso dirigido a los familiares de los usuarios del Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema, el cual contiene una descripción breve de los siguientes temas:
  - a) Qué debe saber la familia acerca del alcohol.
  - b) Qué es el alcohol.
  - c) Forma en la que actúa el alcohol en nuestro organismo.
  - d) Consecuencias del consumo frecuente de alcohol.
  - e) Diferencia entre un alcohólico y un bebedor problema.
  - f) Opciones que tiene una persona ante el consumo de alcohol.
  - g) Características del consumo moderado.

\* COLATERAL: Persona cercana al usuario (cónyuge, padre, madre, hermano(a), hijos), que es elegida por él, para participar en actividades relacionadas con el programa de tratamiento.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

h) La familia en el proceso de cambio.

- **SESIÓN INFORMATIVA:** Esta es una sesión dirigida a los familiares de los usuarios del Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema, con el fin de proporcionarles información objetiva acerca del consumo de alcohol y del tratamiento. Para esta sesión, además de incluir los temas comprendidos en el Folleto, se eligieron aquellos temas que los terapeutas reportaron como las dudas e inquietudes más frecuentes por parte de los familiares de los usuarios, los cuales se presentan a continuación:

- Consecuencias a Corto y a Largo Plazo.
- Dependencia y tolerancia al alcohol. Síndrome de Abstinencia.
- Características de una Intervención Breve.
- Teoría del Aprendizaje Social.
- Características del Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema (descripción de cada una de las sesiones de tratamiento, tareas y objetivos).
- Moderación y abstinencia como metas de consumo (razones por las cuales un bebedor problema puede elegir cualquiera de estas).
- Qué son las recaídas y formas de afrontarlas.
- Formas en las que la familia puede intervenir constructivamente dentro del tratamiento.
- Aclaración de dudas.

A diferencia del folleto, la Sesión contó con información específica de cada tema. Además, los colaterales tenían la oportunidad de aclarar aquellas dudas e inquietudes acerca del abuso de alcohol y del tratamiento.

- **CUESTIONARIO DE ALCOHOL PARA EL COLATERAL (ANEXO 2):** Dicho cuestionario es una traducción del "Alcohol Questions" de Sobell y Sobell (1999). El instrumento original está dirigido a la pareja o cónyuge del usuario del Programa de Auto-Cambio y consta de 10 preguntas (5 de opción múltiple, 3 de completamiento y 2 preguntas abiertas). Para esta investigación, el cuestionario fue adaptado para utilizarlo con cualquier persona cercana al usuario, sin importar el parentesco. Además se agregaron 4 preguntas y una de las preguntas originales se dividió en dos partes, quedando 15 preguntas en total. Las preguntas de este instrumento, exploran el tipo de información que tiene la familia acerca del alcohol y tratamiento.

NOTA: Se realizó una validación por jueces, tanto para el Folleto, como para la traducción del Cuestionario de Alcohol para el Colateral ("Alcohol Questions" de Sobell y Sobell). Para tal efecto, se escogieron ocho personas expertas en el tema de abuso de alcohol y familiarizadas con el programa de Auto-Cambio, quienes revisaron y corrigieron el contenido del folleto y la traducción hecha al cuestionario.

- **BREVE ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA):** (Realizada por Raistrick, 1989; traducida y adaptada al español por Ayala, Echeverría y Oviedo, 1995) Dicho instrumento es aplicado durante la sesión

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

de Admisión, y está diseñado para medir el grado de dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. El puntaje obtenido se puede interpretar como:

0 - 9 puntos = Dependencia Baja

11 - 20 puntos = Dependencia Media

21 - 45 puntos = Dependencia Severa

- **LINEA BASE RETROSPECTIVA DE CONSUMO DE ALCOHOL (LIBARE):** (Realizada por Sobell y Sobell, 1979) Este instrumento sirve para medir la cantidad y frecuencia de consumo diario de alcohol, por un periodo retroactivo de doce meses en la evaluación inicial y en la evaluación de seguimiento en un periodo retroactivo de seis meses.

### E) PROCEDIMIENTO

Con base en investigación bibliográfica y de campo (información proporcionada por los terapeutas del Programa de Auto-Cambio), se desarrollaron el Folleto y la Sesión Informativa, ambos dirigidos a los familiares de los usuarios del Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema.

Una vez que se validó y corrigió el folleto y el cuestionario, se invitó a participar en esta investigación, a los usuarios de nuevo ingreso del Programa de Auto-Cambio, del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología. Se les informó durante la sesión de admisión, que esta investigación requeriría tanto de su participación como la de algún familiar cercano, explicándoles, según el grupo al que hablan sido asignados, el tipo de apoyo que se pediría a su colateral. Se les aclaró que su participación era totalmente voluntaria y que no interferiría con su tratamiento.

A los familiares de los usuarios del grupo control (GC), se les invitó solamente a contestar el Cuestionario de Alcohol para el Colateral, al iniciar el programa y a los seis meses de haber concluido.

Por otra parte, a los familiares de los usuarios del grupo experimental (GE1), además de la aplicación del cuestionario (al inicio y a los seis meses de haber finalizado el tratamiento), se les proporcionó el folleto y la sesión informativa.

Asimismo, a los familiares de los usuarios del grupo experimental 2 (GE2), se les pidió que contestaran el cuestionario (al inicio y a los seis meses), y al finalizar la primera aplicación, únicamente se les proporcionó el Folleto.

Cabe mencionar que el "Cuestionario de Alcohol" no se aplicó exactamente al final de la 4ª Sesión, ya que el tiempo que pasó entre la 1ª y la 4ª sesión de los sujetos que concluyeron el tratamiento, varió de 8 a 16 semanas, por lo que se decidió establecer una medida estándar de tiempo, para realizar el postest (seis meses después de haber concluido con la 4ª sesión).



## V. RESULTADOS

A continuación se describen las variables que se analizaron respecto a las características sociodemográficas de los usuarios y de los colaterales, así como la historia y patrón de consumo, el tipo de bebida consumida, percepción del problema antes de comenzar el tratamiento, consecuencias del consumo excesivo de alcohol, apoyo durante el tratamiento, y confianza e importancia de alcanzar la meta. Asimismo se muestran gráficamente, las diferencias que se presentaron a lo largo del tratamiento en los tres grupos.

### • DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

La muestra para esta investigación estuvo conformada por 12 sujetos; 66.7% fueron hombres y 33.3% mujeres. La media de edad para hombres fue de 40.25 años (min:21, max:61), mientras que para mujeres fue de 25 años (min:19, max: 39). Dos terceras partes de la muestra estaban casadas y el resto permanecía soltera.

En el cuadro 1 se describen mas detalladamente las características sociodemográficas, tanto de la muestra completa, como de cada uno de los grupos de trabajo.

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				
	TOTAL DE LA MUESTRA (n=12)	GRUPO EXP. 1 (n=4)	GRUPO EXP. 2 (n=4)	GRUPO CONTROL (n=4)
EDAD	MEDIA =35.17 Min: 19 Max: 61	MEDIA: 39.50 Min:20 Max: 61	MEDIA: 34.75 Min: 21 Max: 52	MEDIA: 31.25 Min: 19 Max: 45
SEXO	Masculino (8): 6.7% Femenino (4):33.3%	Masculino(3): 75% Femenino(1): 25%	Masculino(3): 75% Femenino(1): 25%	Masculino(2): 50% Femenino(2): 50%
ESCOLARIDAD (Número de años de estudio)	MEDIA =14.42 Min: 9 Max: 22	MEDIA: 17 Min: 14 Max: 22	MEDIA: 13.75 Min: 9 Max: 22	MEDIA: 12.50 Min: 11 Max: 16
ESTADO CIVIL	Casado (8): 66.7% Soltero(4): 33.3%	Casado(3): 75% Soltero (1): 25%	Casado(3): 75% Soltero (1): 25%	Casado(2): 50% Soltero(2): 50%

Se puede observar que el grupo con la media de edad más alta fue el Grupo Experimental 1 (GE1: plática y folleto), siendo también el grupo con la media de escolaridad más alta. Sin embargo, la media de esta misma variable en los tres grupos, fue de 14.42 años, lo cual indica, que en promedio, los usuarios tienen la preparatoria terminada.

En el cuadro 2, se muestra la historia de consumo de los usuarios que conformaron la muestra. La media de años de consumo de alcohol es de 15.67. Es necesario tomar en cuenta que tanto en esta variable como en las de años de consumo excesivo y problemático, hay una diferencia muy grande entre el dato menor y el mayor. Por otro lado, el Grupo Control (GC), fue el que presentó la media más alta tanto en años de consumo excesivo (9.75 años), como en años de consumo con problemas (5.7 años).

**CUADRO 2. HISTORIA DE CONSUMO**

	TOTAL DE LA MUESTRA (n=12)	GPO. EXPERIMENTAL 1 (n=4)	GPO. EXPERIMENTAL 2 (n=4)	GRUPO CONTROL (n=4)
AÑOS DE CONSUMO DE ALCOHOL	MEDIA = 15.67 Min: 3    Max: 35	MEDIA = 16 Min: 7    Max: 21	MEDIA = 16.75 Min: 7    Max: 35	MEDIA = 14.25 Min: 3    Max: 30
AÑOS DE CONSUMO EXCESIVO	MEDIA = 7.58 Min: 1    Max: 30	MEDIA = 8 Min: 3    Max: 20	MEDIA = 5 Min: 1    Max: 10	MEDIA = 9.75 Min: 1    Max: 30
AÑOS DE CONSUMO PROBLEMÁTICO	MEDIA = 3.58 Min: 1    Max: 15	MEDIA = 1.75 Min: 1    Max: 3	MEDIA = 3.25 Min: 1    Max: 6	MEDIA = 5.75 Min: 1    Max: 15
FRECUENCIA DE CONSUMO	Menos 1 vez al mes: 8.3% 1 vez al mes: 6.7% 1 vez por semana: 25% 2-3 veces por semana: 33.3% Diariamente: 16.7%	Menos 1 vez al mes: 0% 1 vez al mes: 0% 1 vez por semana: 25% 2-3 veces por semana: 25% Diariamente: 50%	Menos 1 vez al mes: 0% 1 vez al mes: 25% 1 vez por semana: 50% 2-3 veces por semana: 25% Diariamente: 0%	Menos 1 vez al mes: 25% 1 vez al mes: 25% 1 vez por semana: 25% 2-3 veces por semana: 25% Diariamente: 0%
CANTIDAD DE COPAS CONSUMIDAS CON MÁS FRECUENCIA	MEDIA = 12.42 Min: 5    Max: 20	MEDIA = 14.75 Min: 10    Max: 20	MEDIA = 11.50 Min: 6    Max: 15	MEDIA = 11 Min: 5    Max: 20
BEDA (PUNTAJE CRUDO)	MEDIA = 18.33 Min: 10    Max: 25	MEDIA = 19.75 Min: 15    Max: 25	MEDIA = 17.50 Min: 12    Max: 21	MEDIA = 17.75 Min: 10    Max: 21
BEDA	DEP. BAJA (1): 6.3% DEP. MEDIA (6): 50.0% DEP. ALTA (5): 41.7%	DEP. BAJA: 0% DEP. MEDIA (2): 50.0% DEP. ALTA (2): 50.0%	DEP. BAJA: 0% DEP. MEDIA (3): 75.0% DEP. ALTA (1): 25.0%	DEP. BAJA: 25.0% DEP. MEDIA (3): 25.0% DEP. ALTA (1): 50.0%

\* Datos pertenecientes a la Línea Base

En cuanto a la frecuencia de consumo, el 58% de los usuarios, solían beber entre una y tres veces por semana. Sólo dos sujetos (16.7%) reportaron beber diariamente; ambos sujetos pertenecientes al GE1. Asimismo, la cantidad de copas consumidas con más frecuencia es en promedio de 12.4 copas; siendo el dato menor 5 copas y el mayor 20. El GE1, fue el que tuvo el consumo mas alto (14.75 copas).

También podemos observar que en los resultados del BEDA (Breve Escala sobre Dependencia al Alcohol), el 50% de los sujetos mostraron tener una dependencia media al alcohol, mientras que un porcentaje muy elevado (41.7%), mostró una dependencia alta (en los resultados del BEDA no se encuentran diferencias importantes entre los tres grupos).

En el cuadro 3, podemos observar el patrón de consumo presentado por los sujetos de la muestra. Estos permanecieron abstinentes el 76.5% del tiempo, durante la Línea Base, mientras que el 23.5% del tiempo consumían alcohol. Del total del tiempo que consumían, el 18.4% lo hacían de forma moderada (mujeres de 1 a 3 copas y hombres de 1 a 4 copas), el 53.2% lo hacían excesivamente (mujeres de 4 a 9 copas y hombres de 5 a 10 copas) y el 28.4% del tiempo, consumían de forma muy excesiva (mujeres 10 copas o más y hombres 11 copas o más). El promedio máximo de copas consumidas fue de 18.6 (min=10, max=34).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 3. PATRON DE CONSUMO				
	TOTAL DE LA MUESTRA (n=12)	GRUPO EXP. 1 (n=4)	GRUPO EXP. 2 (n=4)	GRUPO CONTROL (n=4)
% DE ABSTINENCIA	76.46%	83.2%	68.4%	77.7%
% DE CONS. MODERADO	4.34%	4.1%	6.6%	2.4%
% DE CONS. EXCESIVO	12.53%	2.7%	18.7%	16.2%
% CONS. MUY EXCESIVO	6.67%	10%	6.3%	3.7%
No. MAXIMO DE COPAS CONSUMIDAS	MEDIA= 18.67 MIN= 10    MAX= 34	MEDIA= 18.25 MIN= 15    MAX= 25	MEDIA= 23.25 MIN= 17    MAX= 34	MEDIA= 14.5 MIN= 10    MAX= 17
TOTAL DE COPAS AL AÑO	MEDIA= 646.55 Min= 192    Max= 1187	MEDIA= 593.5 MIN= 253    MAX= 1187	MEDIA= 812.67 MIN= 192    MAX= 1148	MEDIA= 575 MIN= 194    MAX= 987

\* Datos obtenidos durante la Línea Base

En el patrón de consumo presentado en cada uno de los grupos, se observa que el Grupo Experimental 2 (GE2: Folleto), fue el que presentó el porcentaje más bajo de abstinencia (68.4% del tiempo), mientras que el GE1 fue el que presentó el porcentaje más alto (83.2%). Por otra parte, se puede ver en el cuadro 4 que, del 100% del tiempo que los sujetos del GE1 bebieron, el 60% lo hicieron muy excesivamente y sólo el 24% del tiempo, moderaron su consumo. Por otra parte, el GE2, bebió excesivamente el 60% del tiempo y moderó su consumo sólo el 20% del tiempo. Igualmente, los sujetos del GC, bebieron excesivamente casi el 72% del tiempo, y moderaron su consumo sólo el 11% del tiempo.

CUADRO 4. PORCENTAJE DE CONSUMO (POR GRUPOS)			
	GRUPO EXP. 1	GRUPO EXP. 2	GPO. CONTROL
% CONSUMO MODERADO	24%	20%	11%
% CONSUMO EXCESIVO	16%	60%	72%
% CONS. MUY EXCESIVO	60%	20%	17%

\* Datos obtenidos durante la Línea Base

En cuanto a la bebida consumida con más frecuencia, se encontró que tanto la cerveza como los destilados, son los que cuentan con más aceptación, dentro de los miembros de la muestra. Por su parte, el GC, fue el que mostró un mayor consumo de cerveza (85%), mientras que el GE1 fue el que mostró mayor preferencia hacia los destilados 75%. Este último, fue el único grupo, en el cual, dos de sus miembros, bebían vino ocasionalmente (5%) (Cuadro 5).

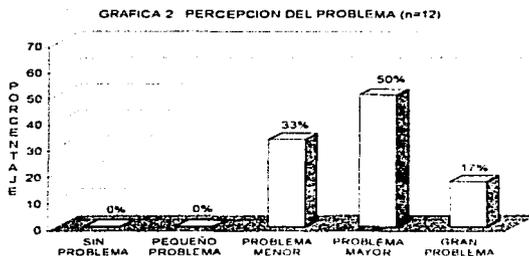
CUADRO 5. TIPO DE BEBIDA CONSUMIDA				
	TOTAL DE MUESTRA (n=12)	GPO. EXP. 1 (n=4)	GPO. EXP. 2 (n=4)	GPO. CONTROL (n=4)
PULQUE	0%	0%	0%	0%
CERVEZA	51.75%	20%	50%	85%
VINO	1.67%	5%	0%	0%
DESTILADOS	46.58%	75%	50%	15%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la Gráfica 1, se muestran las consecuencias experimentadas por consumir alcohol, las cuales están clasificadas en la siguiente escala: 0= Ningún daño, 1= Consecuencia menor, 2= Consecuencia severa. Se puede observar que el puntaje más alto es el que corresponde al área interpersonal; de hecho el 50% de los sujetos reportó haber experimentado pérdida de relaciones o estar a punto de perderlas debido al consumo. Por otra parte, encontramos que el área afectiva (incluyendo cambios de humor y de personalidad) y el de problemas de agresión (verbal y/o física), cuentan también, con puntajes altos, seguidas por el área cognitiva, en donde el 60% de los sujetos reportó haber experimentado en 5 ocasiones o menos, lagunas mentales, problemas de memoria, confusión y/o dificultad de pensamiento

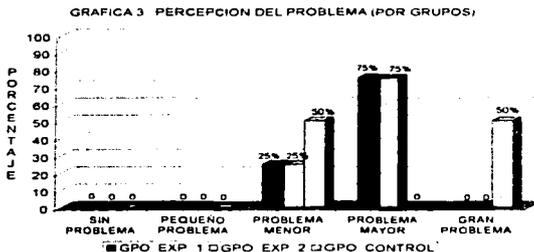


En la Gráfica 2, se puede observar que la mitad de los sujetos percibieron su problema de consumo de alcohol, como un problema mayor, mientras que la tercera parte, lo clasificó como un problema menor. Casi una quinta parte de los participantes lo percibieron como un gran problema.



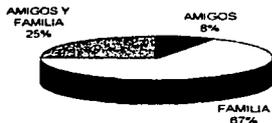
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En relación con la percepción del problema de consumo de alcohol entre los grupos, el 50% de los sujetos del grupo control, lo consideraron como un gran problema, mientras que las tres cuartas partes de los sujetos del GE1 y GE2, lo percibieron como un problema mayor (Gráfica 3). Sin embargo, cabe mencionar que, para determinar si existía correlación entre el grado de percepción del problema y la deserción o permanencia en el tratamiento, se aplicó la prueba de Spearman para datos no paramétricos, encontrándose un coeficiente de correlación de .447, lo cual nos indica una muy baja correlación entre ambas variables



En la Gráfica 4, se observa, que de las personas que los usuarios consideraron como posibles fuentes de apoyo durante el tratamiento, el 67% reportó que podía contar con alguien de su familia, mientras que el 25% consideró que podría tener apoyo tanto de su familia como de amigos. Sólo uno de los participantes, perteneciente al grupo control, fue quien reportó contar únicamente con el apoyo de sus amigos.

GRAFICA 4 PERSONAS QUE AYUDARIAN A CAMBIAR EL CONSUMO DEL USUARIO (n=12)



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Dentro de la 1ª sesión de tratamiento, se les preguntó a los usuarios cuál es el nivel de confianza y de importancia para alcanzar su meta. Ante esta pregunta, la tercera parte de los sujetos, reportó que tenía un 75% de confianza en que lograría su meta, mientras que el 8.3% reportó tener solamente un 25% de confianza. En cuanto al nivel de importancia para alcanzar la meta, el 41.7% de los sujetos reportó que la importancia para alcanzar su meta era del 100%. Con esto, podemos observar, que casi el 40% de los sujetos considera de suma importancia alcanzar la meta dentro del tratamiento, sin embargo sólo el 25% se encuentra totalmente confiado de que lo logrará (Cuadro 6 y 7).

CUADRO 6. NIVEL DE CONFIANZA PARA ALCANZAR LA META (n=9)	
25% DE CONFIANZA	8.3%
65% DE CONFIANZA	8.3%
75% DE CONFIANZA	33.3%
100% DE CONFIANZA	25%

\* Datos obtenidos durante la 1ª sesión.

CUADRO 7. NIVEL DE IMPORTANCIA PARA ALCANZAR LA META (n=9)	
50% DE IMPORTANCIA	8.3%
75% DE IMPORTANCIA	16.7%
85% DE IMPORTANCIA	8.3%
100% DE IMPORTANCIA	41.7%

\* Datos obtenidos durante la 1ª sesión.

#### • DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA: COLATERALES

A continuación se describen las características sociodemográficas de aquellas personas que fueron elegidas por los usuarios, para participar dentro del tratamiento, ya fuera contestando solamente el Cuestionario de Alcohol para el Colateral, leyendo el Folleto: "Alcohol y Familia" o, asistiendo a la Plática Informativa, según el grupo experimental al que pertenecieran. A estas personas se les llamarán: COLATERALES.

Respecto a las características sociodemográficas del colateral (Cuadro 8), encontramos que la media de edad fue de 41.17 años, mientras que la media de escolaridad fue de 12.33. Este último dato es muy similar a la media de escolaridad presentada por los usuarios.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado, podemos observar que un 84% de los colaterales fueron mujeres y el 16% hombres. De las personas casadas, el 100% de ellas escogió a su pareja como colateral. Del resto, que eran jóvenes solteros entre los 19 y 22 años, 3 escogieron como colaterales a uno de sus padres y una escogió a su hermana.

CUADRO 13. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL COLATERAL				
	TOTAL DE LA MUESTRA (n=12)	GRUPO EXP. 1 (n=4)	GRUPO EXP. 2 (n=4)	GRUPO CONTROL (n=4)
EDAD	MEDIA= 41.17 Mín= 20 Max= 59	MEDIA= 45.25 Mín= 36 Max= 59	MEDIA= 42 Mín= 25 Max= 52	MEDIA= 36.25 Mín= 20 Max= 46
SEXO	MASCULINO=16.7% FEMENINO= 83.3%	FEMENINO= 100%	MASCULINO= 50% FEMENINO= 50%	FEMENINO= 100%
ESCOLARIDAD (NO. DE AÑOS DE ESTUDIO)	MEDIA=12.33 Mín= 6 Max= 22	MEDIA=14.25 Mín= 6 Max= 22	MEDIA=11.25 Mín= 6 Max= 15	MEDIA=11.5 Mín= 9 Max= 13
PARENTESCO				
• Padre/Madre	25%	25%	25%	25%
• Cónyuge	66.7%	75%	75%	50%
• Hermano (a)	8.3%	---	---	25%

#### • RESULTADOS OBTENIDOS POR EL USUARIO

En este apartado se presentan los resultados obtenidos por los sujetos a lo largo del tratamiento.

En la gráfica número 5 podemos observar que el número de copas promedio en el GE1 (Plática), fue disminuyendo a lo largo del tratamiento. Dentro de este grupo, sólo una persona (Sujeto 3), desertó, completando solamente la fase de admisión y evaluación. Los tres usuarios restantes, completaron las cuatro sesiones de tratamiento, habiendo incluso asistido al seguimiento, realizado a los seis meses de haber concluido.

Los sujetos 1 y 4, de este mismo grupo, disminuyeron notablemente el número de copas promedio a lo largo del tratamiento, llegando a mantener un consumo promedio de 1 y 2 copas respectivamente. Igualmente, el sujeto 2, disminuyó marcadamente el número de copas consumidas. Sin embargo, en su segundo planteamiento de meta, realizado en la cuarta sesión, no se consiguió que eligiera un consumo máximo de 4 copas; él planteó que el número máximo a consumir, sería de 6 copas. No obstante, podemos notar, que este sujeto logró mantener su meta de consumo hasta el seguimiento.

Se puede distinguir (a través de la media), que en general, la cantidad de copas ingeridas disminuyó y se mantuvo durante el seguimiento.

En la gráfica 6, se puede observar que sólo dos sujetos del GE2 (folleto), completaron el tratamiento, y sólo uno de ellos asistió al seguimiento. Por otro lado, se puede notar que el número de copas consumidas a lo largo del tratamiento en este grupo, fue muy irregular. El sujeto 1, el cual llegó hasta la 3ª sesión, fue aumentando el número de copas consumidas a lo largo del tratamiento, comenzando con un consumo de 8 copas y terminando, para la tercera sesión, con un promedio de 11. Por otro lado, el sujeto 3, aunque a la mitad del tratamiento disminuyó su consumo (de 10 copas promedio en la línea base, a 2 copas en la 2ª sesión), hacia la cuarta sesión aumentó su consumo a 6 copas promedio. Por su parte, el sujeto 4, mostró una leve disminución en cuanto al número de copas promedio (de 8 a 6 copas) y fue la única persona de este grupo que asistió al seguimiento. Asimismo, en la media grupal se puede distinguir, que el número de copas no presenta una disminución considerable (de 8.5 a 6 copas).

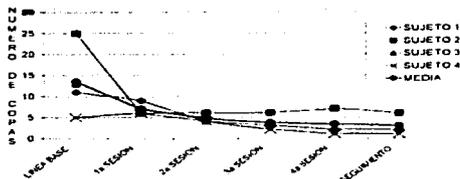
En el Grupo Control, tres de cuatro sujetos, concluyeron el tratamiento y asistieron a seguimiento (Gráfica 7). Sólo uno de estos sujetos, a pesar de haber elegido la moderación como meta de consumo, se mantuvo abstinentemente durante el tratamiento y seguimiento. Contrariamente, los otros dos sujetos, disminuyeron su consumo considerablemente al inicio del tratamiento, pero al final, dicho cambio no se mantuvo, si no que aumentó. Este mismo patrón se puede observar en la línea media: al principio del tratamiento el consumo baja y al final tiende a incrementarse.

En la gráfica 8, se presenta el número de copas promedio consumido por cada uno de los grupos. Se puede observar que la línea de tendencia para el GE1, desciende considerablemente, mientras que para el GE2 y GC, la línea de tendencia disminuye en menor grado. Esto indica, que el GE1 (Plática y Folleto), tiende a disminuir el número de copas ingeridas por ocasión de consumo, además de mantener esta conducta a lo largo del tiempo, mientras que el GE2 (folleto) y el GC, muestran solo una pequeña disminución en el número de copas consumidas.

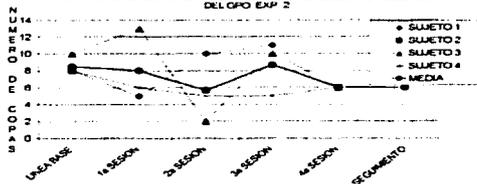
El grupo que mostró cambios más favorables, con relación al número de copas ingeridas, fue el GE1, mostrando una disminución del 77%, entre los datos de la línea base y el seguimiento. El GC, disminuyó el número de copas en un 45% y el GE2, lo hizo en un 33% (Gráfica 9).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

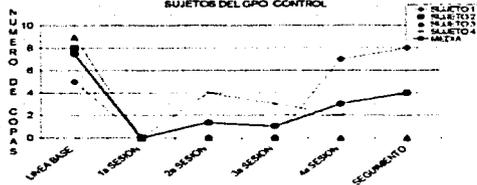
GRAFICA 5. NUMERO DE COPAS PROMEDIO POR SESION EN SUJETOS DEL GPO EXP 1



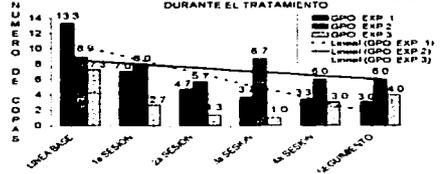
GRAFICA 6. NUMERO DE COPAS PROMEDIO POR SESION EN SUJETOS DEL GPO EXP 2

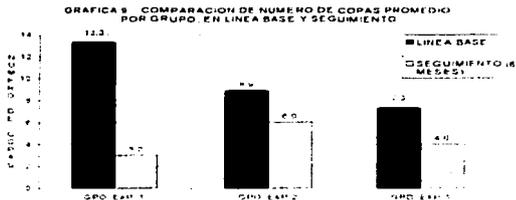


GRAFICA 7. NUMERO DE COPAS PROMEDIO POR SESION EN SUJETOS DEL GPO CONTROL



GRAFICA 8. NUMERO DE COPAS PROMEDIO POR GRUPO DURANTE EL TRATAMIENTO





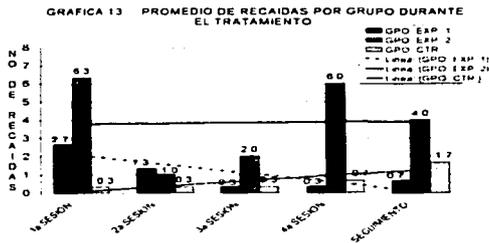
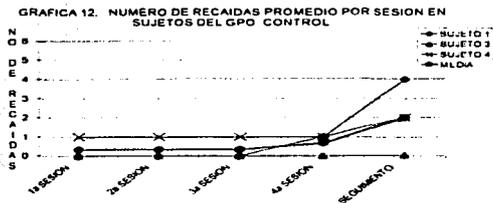
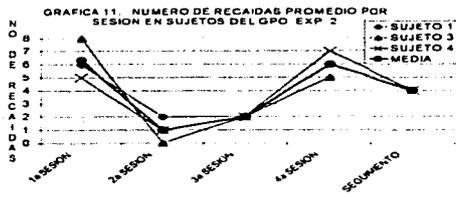
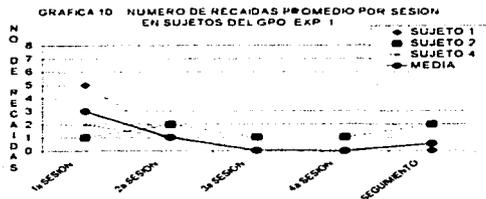
En relación con el número de recaídas, tenemos que en el GE1, dos de sus sujetos no presentaron recaídas desde la 3ª sesión, mientras que el sujeto 2, presentó dos recaídas en el seguimiento. En promedio, este grupo disminuyó acentuadamente el número de recaídas (Gráfica10).

En el GE2, vemos nuevamente un patrón muy irregular, con relación al número de recaídas durante el tratamiento. Aunque en un principio, el número de recaídas en este grupo disminuyó, hacia el final del tratamiento y seguimiento, aumentó de nueva cuenta (Gráfica 11).

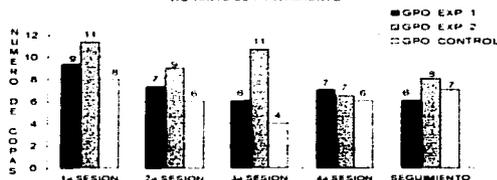
Por su parte, el Grupo Control, durante el tratamiento mostró una reducción considerable en cuanto al número de recaídas, sin embargo, esta conducta presentó un leve aumento en el seguimiento (Gráfica 12) Sólo uno de los sujetos de este grupo, pudo permanecer sin recaídas después de seis meses de haber concluido el tratamiento.

En la Gráfica 13, se observa para el GE1 (Plática), una clara tendencia a reducir el número de recaídas. Para el GE2, la línea de tendencia permanece sin cambios notables, mientras que para el GC, la tendencia es aumentar sus recaídas a lo largo del tiempo.

En la gráfica 14, podemos ver que el promedio de copas por recaída en la cuarta sesión y en el seguimiento, son siete, en cada grupo. Este consumo no llega a ser "muy excesivo" para ninguno de los grupos.



GRAFICA 14 PROMEDIO DE COPAS POR GRUPO EN RECAIDAS DURANTE EL TRATAMIENTO



En relación con el patrón de consumo presentado por el GE1, se observó que el porcentaje de tiempo en que los usuarios se mantuvieron abstinentes y que consumieron moderadamente, aumentó de un 83% a un 88% y de un 4% a un 10% respectivamente. En cuanto al porcentaje de tiempo que consumieron excesiva y muy excesivamente, hubo una reducción de un 3 a un 2% y del 10 al 0%, respectivamente (Gráfica 15).

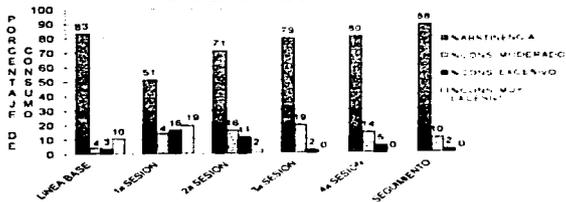
Contrariamente, en el patrón de consumo del GE2, se puede observar que, aunque el porcentaje de tiempo de abstinencia aumentó de un 68 a un 74%, el porcentaje de tiempo en que los participantes consumieron moderadamente, disminuyó (de un 7 a un 4%) y el de consumo excesivo se mantuvo sin cambios visibles (Gráfica 16).

Por su parte, el GC, mostró un aumento (al igual que los grupos anteriores) en el porcentaje de tiempo de abstinencia al final del tratamiento. Sin embargo, a pesar de que el porcentaje de tiempo en que consumieron de forma moderada, aumentó en la 3ª y 4ª sesión, disminuyó en el seguimiento. Por otra parte, pese a que el porcentaje de tiempo en que estos sujetos bebieron excesivamente, fue menor al final del tratamiento, se siguió presentando el 9% del tiempo. En cuanto al consumo muy excesivo, este dejó de presentarse desde la 1ª sesión (Gráfica 17).

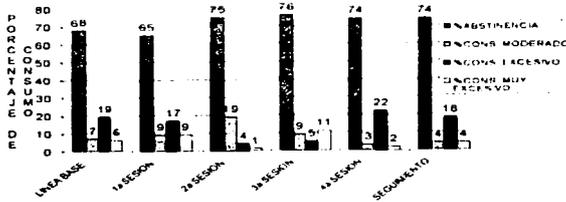
Se puede observar que el Grupo Control, fue el que permaneció más tiempo en abstinencia, sin embargo, para la fase de seguimiento, no logró moderarse, si no que cuando bebió, lo hizo excesivamente. Por otra parte el GE1, fue el que logró aumentar tanto su abstinencia, como su consumo moderado, llegando incluso a eliminar el consumo muy excesivo. En relación al GE2, pese al aumento que presentó en el porcentaje de tiempo de abstinencia, tanto el consumo excesivo, como muy excesivo, se siguieron presentando, sin mostrar cambios (Gráficas 18, 19, 20 y 21).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

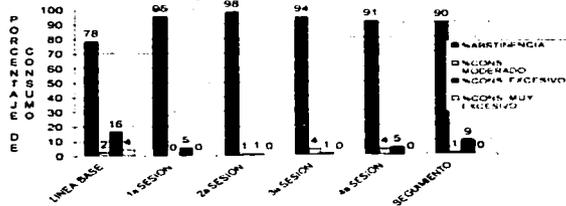
GRAFICA 15 PATRON DE CONSUMO DURANTE EL TRATAMIENTO EN EL GPO EXP 1 (n=3)



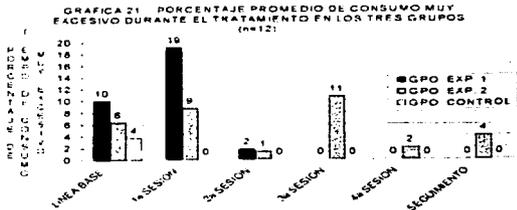
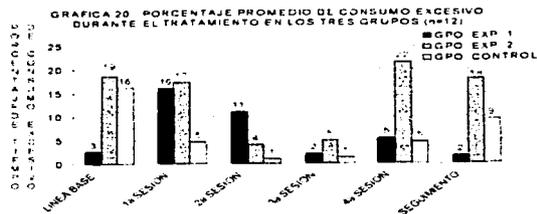
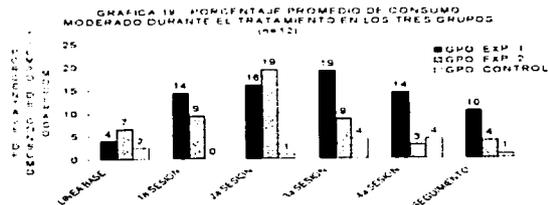
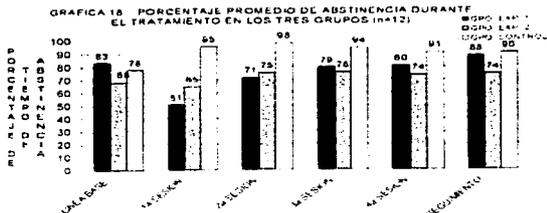
GRAFICA 16 PATRON DE CONSUMO DURANTE EL TRATAMIENTO EN EL GPO EXP 2 (n=3)



GRAFICA 17 PATRON DE CONSUMO DURANTE EL TRATAMIENTO EN EL GPO CONTROL (n=3)



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



## • RESULTADOS OBTENIDOS POR LOS COLATERALES

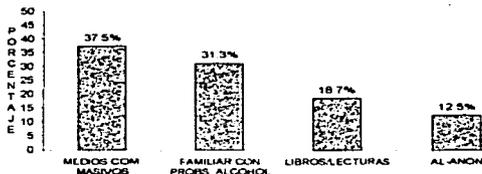
Los resultados que a continuación se muestran, fueron obtenidos del "Cuestionario de Alcohol para el Colateral". Dicho cuestionario se aplicó a los colaterales, antes de la 1ª sesión del usuario y seis meses después de que este, terminara el tratamiento.

Hay que mencionar, que se realizó una validación por jueces, tanto para la traducción del *Cuestionario de Alcohol para el Colateral* ("Alcohol Questions", de Sobell y Sobell), como para el Folleto Informativo. Para tal efecto, se escogió como jurado, a ocho personas expertas en el tema de abuso de alcohol y familiarizadas con el Programa de Auto-Cambio, quienes revisaron y corrigieron el contenido del folleto y la traducción hecha al cuestionario.

Asimismo, cabe señalar, que las gráficas y cuadros (excepto Gráfica 22 y Cuadro 14) presentados a continuación, hacen referencia únicamente a las respuestas proporcionadas por los familiares (colaterales), de aquellos usuarios que asistieron al seguimiento (6 meses), contando con 3 colaterales en el GE1, y 3 en el Grupo Control. Los resultados del GE2, no se graficarán, debido a que en el seguimiento sólo se contó con la participación de un usuario y su colateral, no habiendo por lo tanto, datos suficientes para compararlos gráficamente

En la gráfica 22, podemos ver el tipo de información, con la que los colaterales contaban antes de que el usuario iniciara con el programa. Se observa que la información obtenida a través de los medios de comunicación masivos (periódico, TV, revistas, radio), fue la de mayor incidencia, mientras que tanto los libros y otros materiales de lectura, como las reuniones de Al-Anon, fueron los medios menos empleados por los colaterales para obtener información acerca del abuso de alcohol.

GRAFICA 22 FUENTE DE INFORMACION DEL COLATERAL ACERCA DEL ABUSO DE ALCOHOL (n=12)



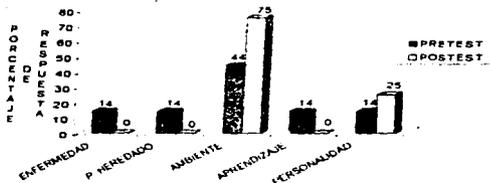
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la información obtenida por los colaterales de cada grupo, tenemos que los del GE2, fueron los que contaban con menos fuentes informativas del tema. Por su parte, los colaterales del Grupo Control, habían obtenido la mayor parte de información a través de su familiar con problemas de abuso de alcohol (Cuadro 14).

CUADRO 14. FUENTE DE INFORMACION DEL COLATERAL ACERCA DEL ABUSO DE ALCOHOL (POR GRUPOS)			
	GPO. EXP 1	GPO. EXP 2	GPO. CONTROL
MEDIOS	28.6%	75%	20%
FAM. C/PROBS. DE ALCOHOL	28.6%	25%	40%
LIBROS LECTURAS	28.6%	----	20%
AL-ANON	14.2	----	20%

Con relación a la pregunta 2 del cuestionario (naturaleza del abuso de alcohol), tenemos que en el pretest del GE1, un 28% de las respuestas, se inclinaron a responder que el problema de abuso de alcohol era una enfermedad o un problema heredado, mientras que el 44% de las respuestas indicaron que el abuso era causado por situaciones ambientales, tales como tensión, problemas laborales o familiares, problemas económicos, etc. En la aplicación del cuestionario a los seis meses de haber concluido con el tratamiento, se observa que el abuso de alcohol ya no se relacionó con enfermedad, herencia o aprendizaje. Para esta ocasión, las tres cuartas partes de las respuestas se enfocaron a que el abuso es causado por el ambiente (Gráfica 23).

GRAFICA 23 CAUSA DEL ABUSO DE ALCOHOL SEGUN EL COLATERAL (GPO. EXP. 1)

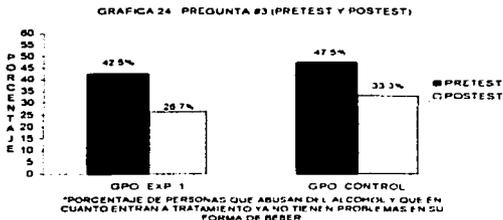


Contrariamente, en el Grupo Control, el mayor porcentaje de respuestas de la pregunta 2 en el pretest, se concentró en que el abuso de alcohol era causado por aprendizaje (estar rodeado de personas que tienen o tuvieron un grave problema con el alcohol), mientras que el 50% de las respuestas se inclinaron a ver el abuso como una enfermedad y como un problema causado por el ambiente. Para el postest, dichas respuestas cambiaron, ya que la mitad estuvieron dirigidas a calificar al abuso de alcohol como una enfermedad, y la otra mitad como causado por el ambiente (Gráfica 23A)



Por su parte el colateral del GE2 (quien fue el único que asistió al seguimiento), en el pretest, consideró al problema de abuso de alcohol como una enfermedad, mientras que en el postest, lo calificó como enfermedad y/o causado por situaciones ambientales.

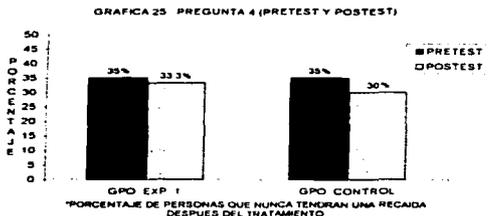
Con base en la pregunta 3 del cuestionario para el colateral, se observa que en promedio, los colaterales del GE1 y del Grupo Control, esperaban en el pretest, que el 42.5% y el 47.5% (respectivamente) de las personas que abusaban del alcohol, ya no tuvieran problemas en su forma de beber, en cuanto entraban a tratamiento. En el postest, dicha respuesta se redujo en los dos casos. Para el GE1, se redujo en un 37% esta expectativa y en el Grupo Control, disminuyó un 29.9% (Gráfica 24).



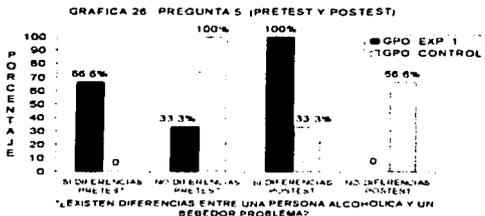
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para la pregunta 4, se observa que tanto para el GE1, como para el Grupo Control, los colaterales esperan que en promedio, un 35% de las personas que asisten a tratamiento, nunca tengan una recaída. En el postest, el GE1 bajó su expectativa en un 4.8%, mientras que el Grupo Control lo hizo en un 14.3% (Gráfica 25)

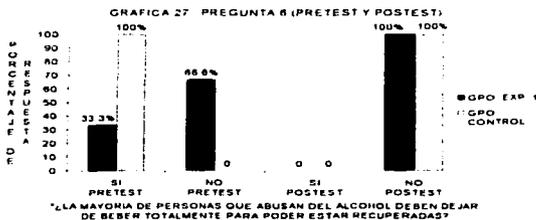
En la pregunta 4 del pretest, el sujeto del GE2, contestó que un 50% de personas nunca tendrán una recaída después del tratamiento, porcentaje que redujo al 25% para el postest.



En la pregunta 5 del pretest, el 71% de los colaterales contestó que sí existían diferencias entre un bebedor problema y un alcohólico, mientras que el resto contestó que no había. El 66.6% de los participantes del GE1, contestó que sí había diferencias, mientras que en el Grupo Control, el 100% contestó que no existían diferencias. Para el postest, el 100% de los colaterales del GE1, contestó que sí había diferencias entre un alcohólico y un bebedor problema, mientras que en el Grupo Control sólo una tercera parte dio esta respuesta (Gráfica 26).

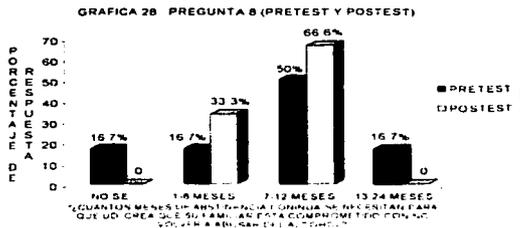


En la pregunta 6 del pretest, casi dos terceras partes de los participantes, contestaron que si era necesario que la mayoría de las personas que abusan del alcohol, dejaran de beber totalmente para que se les pudiera considerar recuperadas. En el GE1, el 33 3% de las personas consideraron que si era necesario, mientras que el 100% de los miembros del Grupo dieron la misma respuesta. Para el postest, el 100% de los colaterales (de ambos grupos) opinaron que no era necesario dejar de tomar en su totalidad, para que alguien con problemas en su forma de beber, se considerara recuperado (Gráfica 27).



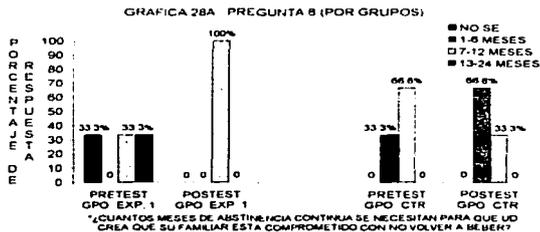
En cuanto a la pregunta 7 (¿Qué pensaría de una persona que después de seis meses de haber terminado un tratamiento, bebiera en exceso durante unos días, aunque después dejara de beber?), el 100% de los colaterales contestó, tanto en el pretest como en el postest, que una recaída no significa un fracaso, si la persona aprende de esa situación.

En la pregunta 8 del cuestionario (pretest), el 50% de los participantes contestaron que necesitaban entre 7 y 12 meses de abstinencia continua, para poder creerle a su familiar que se encontraba realmente comprometido con no volver a abusar del alcohol. En el postest, el 66% de los colaterales dieron esta respuesta (Gráfica 28).



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la gráfica 28A, se observa que las respuestas del GE1 en el pretest, se distribuyeron desde los 12 a 24 meses, hasta una respuesta en donde el colateral no supo qué responder. En el postest, el 100% de las respuestas dieron un plazo entre 6 y 12 meses de abstinencia continua, para poder creer en el cambio del usuario. En el Grupo Control, una tercera parte contestó que necesitaba entre 1 y 6 meses de abstinencia, para poder creer en el cambio de su familiar, mientras que el resto lo haría entre 7 y 12 meses. Contrariamente, en el postest, dos terceras partes contestaron que necesitaban entre 1 y 6 meses y el resto 7 y 12 meses.

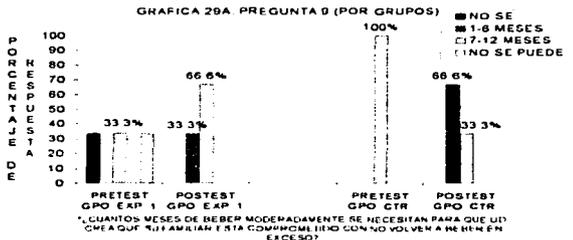


En la pregunta 9 del cuestionario (pretest), el 50% de los colaterales respondieron que necesitaban de 7 a 12 meses de que su familiar bebiera moderadamente, para poder creer que estaba realmente comprometido con el cambio. En el postest, el 66% de los colaterales dieron esa respuesta (Gráfica 29).

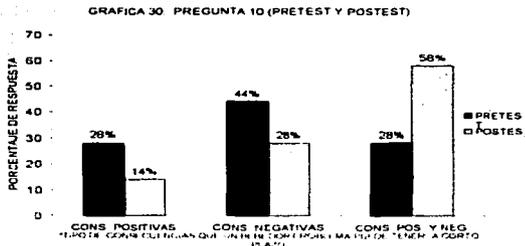


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

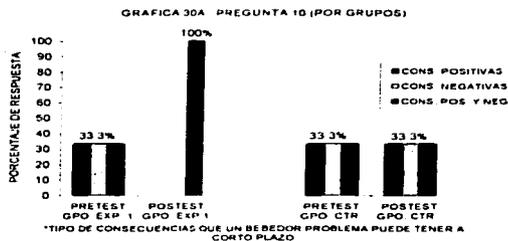
En el pretest, los colaterales del GE1, no tenían claro cuántos meses necesitaban que su familiar bebiera moderadamente, para creer en que éste, se encontraba comprometido en no volver a beber en exceso. Para el postest, dos terceras partes, contestaron que necesitaban entre 7 y 12 meses de consumo moderado por parte de su familiar para poder creerle, y el resto contestó que necesitaba entre 1 y 6 meses. Al respecto, el 100% de los colaterales del Grupo Control, contestaron en el pretest, que necesitaban entre 7 y 12 meses, mientras que en el postest, esta respuesta bajó al 33.3%, mientras que el 66.6%, dijo necesitar entre 1 y 6 meses de consumo moderado, para creer en el cambio (Gráfica 29A).



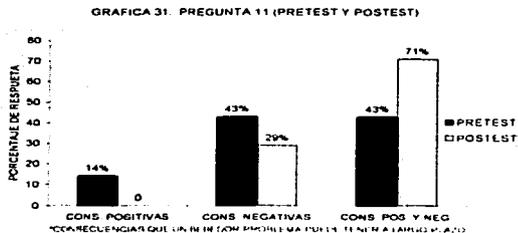
En la pregunta 10 (pretest), referente al tipo de consecuencias que un bebedor problema puede tener a corto plazo, el 44% de los colaterales respondió que las consecuencias son negativas. En el postest, respondió que las consecuencias a corto plazo son tanto positivas como negativas (Gráfica 30).



De la misma forma, para la pregunta 10 del pretest, en el GE1, las respuestas se distribuyeron equitativamente para las tres opciones, mientras que en el postest, el 100% contestó que las consecuencias a corto plazo son tanto positivas como negativas. En el Grupo Control, tanto en el pretest como en el postest, las respuestas se distribuyeron de la misma manera para las tres opciones de respuesta (Gráfica 30A).

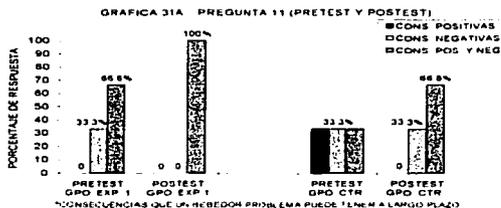


Con referencia a las consecuencias que un bebedor problema puede tener a largo plazo (pregunta 11 del cuestionario), el 43% de los sujetos contestaron, en el pretest, que podían ser consecuencias sólo negativas y otro 43%, contestó que positivas y negativas (Gráfica 31).



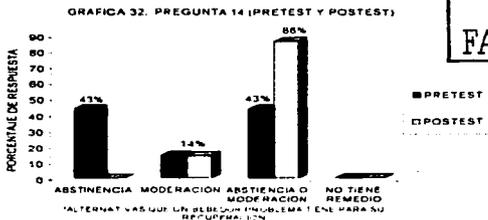
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la pregunta 11, se observa que en el pretest, dos terceras partes del GE1, piensan que las consecuencias que un bebedor problema puede tener a largo plazo, son tanto negativas como positivas, y para el postest el 100% estuvo de acuerdo con esta respuesta. En cuanto al Grupo Control, las respuestas (pretest) se distribuyeron equitativamente en las tres opciones de respuesta, mientras que en el postest, dos terceras partes coincidieron en que las consecuencias podían ser tanto negativas como positivas (Gráfica 31A).



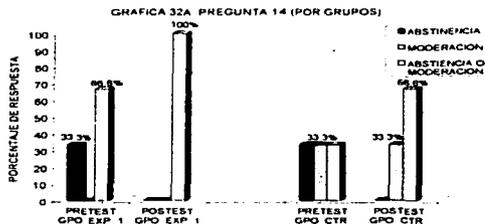
La pregunta 13 del cuestionario, referente al tiempo del proceso de recuperación de una persona con problemas en su forma de beber, tanto en el pretest como en el postest, el 100% de los colaterales contestó que es un proceso a Largo Plazo.

Con relación a la pregunta 14, referente a las opciones, que un bebedor problema, tiene para su recuperación, en el pretest, el 43% opinó que la abstinencia era la única opción, otro 43% dijo que la alternativa era la moderación o la abstinencia, y el resto opinó que era sólo la moderación. En el postest, el 86% de los colaterales dijeron, que las opciones que los bebedores problema tienen para su recuperación son, la moderación o la abstinencia (Gráfica 32).



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Con base en las respuestas dadas por los colaterales del GE1 (pretest), a la pregunta 14, tenemos que dos terceras partes opinaban que la abstinencia o la moderación eran las alternativas que un bebedor problema tenía para su recuperación. En cambio, en el Grupo Control las respuestas se distribuyeron equitativamente entre la abstinencia, moderación y ambas. En el postest, el GE1, el 100% de los colaterales contestaron que la abstinencia o la moderación eran la opción, mientras que en el Grupo Control, el 66.6% de los colaterales dieron esta respuesta (Gráfica 32A).



Por último, en la pregunta 15, el 100% de los colaterales opinaron (en el pretest y en el postest), que cuando una persona presentaba una recaída, ya fuera durante o después del tratamiento, el apoyo que le brindara la familia, era muy importante para su recuperación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo fundamental de la presente investigación, fue demostrar, que a través de la reducción de factores de riesgo, como la desinformación de la familia acerca del abuso de alcohol y del tratamiento, o de la potenciación de elementos motivacionales, —que en este caso fue el apoyo social objetivo brindado por un familiar cercano al usuario durante y después del tratamiento— el usuario puede obtener mejores resultados dentro del tratamiento, es decir, mostrar un mayor grado de adherencia y mantener la meta de tratamiento por un tiempo más prolongado y disminuyendo el número de recaídas.

A partir de dicho objetivo, se desarrolló una sesión y un folleto con información acerca del abuso de alcohol y del tratamiento; además se hizo la traducción del "Cuestionario de Alcohol", de Sobell y Sobell, con el cuál se verían los cambios en el tipo de información de los colaterales, surgidos a partir del grupo al que pertenecieran. Los cambios observados se describen a continuación.

La muestra de la presente investigación fue muy heterogénea, tanto en la edad de los usuarios, como en el número de años de consumo de alcohol. Por ejemplo, uno de los usuarios de mayor edad (52 años), llevaba 30 años de beber alcohol en exceso, mientras que uno de los de menor edad (22 años), sólo tenía 3 años de consumir alcohol y uno de hacerlo excesivamente y con problemas. Por otra parte, la edad, no fue un elemento que influyera en la permanencia o deserción del usuario. Sin embargo, las personas que presentaron más años de consumo excesivo (30 y 20 años), fueron los primeros en abandonar el tratamiento.

Un dato importante es que de las mujeres que participaron en el programa, el 100% permaneció en el tratamiento hasta el seguimiento, independientemente del grupo al que pertenecían. Esto demuestra que las mujeres, son más consistentes en el tratamiento, independientemente del tipo de apoyo que reciban. Este dato coincide con el reportado por Jiménez en 1998, en donde comparó las diferencias de género dentro de un tratamiento para Bebedores Problema, observando que un mayor número de hombres desertó en la 1ª y 2ª sesión, mientras que un mayor número de mujeres decidió concluir con el tratamiento.

Asimismo, las mujeres fueron más requeridas como colaterales (independientemente del parentesco), que los hombres (85% de los colaterales fueron de sexo femenino).

Por otro lado, se puede observar que todos los participantes casados, escogieron como colateral a su pareja. Del resto, que eran jóvenes solteros entre los 19 y 22 años, 3 escogieron como colaterales a uno de sus padres y una escogió a su hermana. Se observó, que ni el estado civil, ni el parentesco del usuario con su colateral, estuvieron relacionados con el éxito o fracaso en el tratamiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Con referencia a los resultados arrojados por el BEDA, podemos ver, que el grado de dependencia al alcohol no influyó en el mantenimiento o abandono de la meta de consumo o en la adherencia al tratamiento.

En cuanto a la frecuencia de consumo, más de la mitad de los sujetos solían beber antes del tratamiento, entre 1 y tres veces por semana, lo cual significa que una parte de la semana se mantenían sin beber, y únicamente en ciertos días lo hacían excesivamente. Sólo dos sujetos reportaron beber diariamente. Asimismo, la cantidad de copas consumidas con más frecuencia fue en promedio de 12.4 copas; siendo el dato menor 5 copas y el mayor 20. Esto muestra que, aunque en su mayoría los sujetos no bebían diariamente, cuando lo hacían, no moderaban su consumo.

En cuanto a las personas que los usuarios consideraban como posibles fuentes de apoyo durante el tratamiento, todas contaron con su familia y/o amigos. Solamente una de las participantes, dijo contar únicamente con el apoyo de sus amigos. Cabe señalar, que ella es una joven de 22 años, que asistió al programa sin que sus padres lo supieran, y solamente sus amigos estaban enterados de esta situación. Con base en esta información, no se observó ninguna relación entre el apoyo brindado por la familia y el mantenimiento de la meta o la adherencia al tratamiento.

Con referencia a las consecuencias experimentadas por consumir alcohol, se obtuvo que más de las tres cuartas partes de los participantes, han visto afectadas sus relaciones interpersonales a causa del alcohol. La mitad de ellos, han perdido relaciones o han estado a punto de perderlas, como consecuencia de su forma de beber. Cabe destacar, que dentro de éste rubro, se encuentra la familia, siendo por lo tanto, una de las áreas más afectadas por el consumo excesivo de alcohol. Por otra parte, encontramos que el área afectiva (incluyendo cambios de humor y de personalidad) es una de la más afectadas. Aunque el daño presentado por la mayoría de los sujetos, es de menor grado (sin consecuencias en el comportamiento diario), a la larga se pueden afectar a otras áreas. De la misma forma, más de la mitad de los usuarios reportan haber tenido problemas laborales y financieros (gastos excesivos) debido al consumo de alcohol. Hay que mencionar, que ambos problemas, afectan directamente la estabilidad de la familia, sobre todo cuando el usuario es el responsable de la manutención de ésta.

Con relación a la percepción del problema, es interesante notar que la mitad de los sujetos, evaluaron su consumo de alcohol, como un problema mayor, mientras que una tercera parte, lo evaluó como algo menor y el resto como un gran problema. Estos resultados señalan, que todos los sujetos de la muestra, estaban convencidos que su forma de beber, era algo que les ocasionaba problemas. Sin embargo, dicho nivel de percepción, no estuvo correlacionado con la deserción o permanencia en el tratamiento.

En cuanto al nivel de confianza e importancia reportado por los sujetos al principio del programa, aunque la mayor parte de ellos consideraba que su problema de consumo de alcohol era grave, y alcanzar su objetivo era de suma importancia, se encontraban inseguros de poder cambiar su forma de consumo. Dicha situación cambió al final del tratamiento, ya que en algunos casos se pudo observar que el nivel de confianza aumentó y el de importancia disminuyó. Esto se puede explicar, a partir de que los sujetos que tuvieron buenos resultados en el tratamiento, se sintieron más confiados de poder lograr la meta de consumo, y por lo tanto, lo que antes representaba un problema, dejó de serlo, reduciendo así, el nivel de importancia que tenía alcanzar la meta.

Con relación al número de copas promedio ingerido por sesión, el grupo que mostró mejores resultados fue el GE1 (Plática). En este grupo, se pudo notar una marcada disminución en el número de copas desde la 3ª sesión, hasta el seguimiento. A pesar, que dicho grupo fue el que al comienzo del tratamiento, tenía el promedio más alto de copas consumidas, fue el que logró disminuir mayormente su consumo. En cuanto al GE2 (folleto), los sujetos no mostraron un patrón de consumo regular. El promedio de copas consumidas bajó y aumentó a lo largo de todo el tratamiento. Por otra parte, el Grupo Control, aunque disminuyó el número de copas al principio del programa, no pudo mantener ese nivel al final del tratamiento.

Referente al número de recaídas, se observó que el GE1, fue el que mostró mejores resultados, ya que hacia la 4ª sesión y seguimiento, en promedio se presentó poco menos de una recaída. En el GE2, se mostró una reducción en el número de recaídas en la 2ª sesión, pero en adelante irían en aumento. En el Grupo Control, se pudo observar una clara disminución en el número de recaídas promedio durante el tratamiento, pero en la 4ª sesión y tratamiento, éstas aumentaron.

En general se observa, que el GE1, tiende a disminuir marcadamente el número de recaídas; el GE2, tiende a permanecer sin cambios y el Grupo Control, aunque al principio del tratamiento, casi no presenta recaídas, éstas aumentaron levemente al final del tratamiento.

En cuanto al patrón de consumo presentado a lo largo del tratamiento, se observa que el GE1, mostró los mejores resultados, ya que en promedio, el porcentaje de tiempo que permaneció abstinentes y consumiendo moderadamente, aumentó, mientras que el consumo excesivo y muy excesivo casi desaparecieron. Sin embargo, se observa que este grupo, fue el que presentó un mayor porcentaje de abstinencia y un menor porcentaje de consumo excesivo, desde antes de comenzar el tratamiento (LIBARE), comparado con los otros dos grupos. Por otro lado, el GE2, fue el grupo que mostró los resultados más desfavorables, ya que a pesar que el tiempo de abstinencia aumentó hacia el final del tratamiento, el porcentaje de consumo excesivo y muy excesivo, se mantuvo sin cambios. Esto quiere decir, que aunque la tendencia de este grupo, fue permanecer más tiempo sin beber, las ocasiones en que consumieron alcohol, no lograron hacerlo moderadamente. Igualmente, el Grupo Control, a pesar

que aumentó el porcentaje de tiempo de abstinencia, su consumo moderado permaneció en un nivel bajo, mientras que el consumo excesivo (aunque disminuyó en un 50%) se siguió presentando.

Con esto, se puede ver, que los usuarios que contaron con la asistencia de uno de sus familiares a la plática informativa, se mantuvieron más tiempo en abstinencia y bebiendo moderadamente (mejor mantenimiento de la meta de consumo), comparados con aquellos que sus familiares no participaron en el programa, o que solo tuvieron el folleto de información. Además el grupo que recibió la plática mostró un menor número de recaídas. Al respecto, no hay que dejar de tomar en cuenta que el GE1, fue el que presentó mayor porcentaje de abstinencia y menor porcentaje de consumo excesivo, desde antes de comenzar el tratamiento, lo cual pudo ser un elemento adicional que influyó en los resultados que se obtuvieron en dicho grupo.

En cuanto a los resultados arrojados por el Grupo Control, se puede decir que aunque fueron buenos en un principio, una vez que el tratamiento se acercaba al final y principalmente durante el seguimiento, los usuarios no contaron con elementos motivacionales suficientes (p.e. apoyo social), que les permitieran mantener su meta de consumo durante más tiempo y sin recaídas. Estos resultados coinciden con un estudio realizado en 1991, por Havassy y colaboradores, en donde trabajaron paralelamente con alcohólicos, fumadores y usuarios de otro tipo de drogas (N=221), y con sus familiares y amigos. Al final, se obtuvo que aquellas personas que no contaron con un colateral o acompañante permanente, tuvieron un índice mayor de recaídas, comparados con aquellos que sí contaron con este tipo de apoyo. El apoyo social, estuvo relacionado con una reducción significativa en el número de recaídas. Igualmente, se concluyó que la sensación de aislamiento de los pacientes, al no contar con un apoyo permanente, podía derivar en estados psicológicos negativos, que a su vez provocaban cambios fisiológicos y conductuales negativos. Cabe señalar, que en la presente investigación, aunque el apoyo de los colaterales que recibieron la plática no se estructuró sesión por sesión, la plática informativa se dirigió, entre otras cosas, a orientar a los colaterales acerca de la importancia del apoyo que pudieran brindarle al usuario, y a promover acciones que facilitaran o que, por lo menos no obstaculizaran el proceso. Por lo tanto, los colaterales que recibieron este tipo de información, estuvieron en más posibilidades de apoyar al usuario y de acompañarlo durante su proceso, que aquellos que no recibieron este tipo de orientación.

Al respecto, Gallanter y colaboradores (1997), aseguran la superioridad de los resultados en tratamientos donde se involucra a la familia. En términos más amplios, la disponibilidad de un mayor apoyo social para los pacientes ha mostrado ser un importante predictor de resultados terapéuticos positivos.

En cuanto a los resultados obtenidos por los colaterales, se encontró que, con relación a la causa o naturaleza del abuso de alcohol, los del GE1, después del tratamiento dijeron, que dicho problema, es

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

causado por situaciones ambientales (teoría del aprendizaje social), mientras que en el Grupo Control, la mitad de las respuestas estuvieron relacionadas con el concepto de enfermedad.

Asimismo, se encontró que para el postest, el 100% de los colaterales del GE1, opinaron que sí hay diferencias entre un bebedor problema y un alcohólico, mientras que en el Grupo Control, la tercera parte de los participantes, dijo que no las hay.

En lo concerniente al número de meses de abstinencia continua y de consumo moderado, que los colaterales necesitaban para poder creer que el usuario estaba realmente comprometido con el cambio, el GE1, en ambos casos, mostró después del tratamiento en promedio, un mayor número de meses, en comparación con el Grupo Control. Esta situación refleja que en el postest, la percepción que tuvieron los colaterales del GE1, acerca de la recuperación del usuario, fue más realista que la de aquellos que no contaron con información previa.

Por otro lado, al finalizar el tratamiento, los colaterales del GE1, contrariamente a los del Grupo Control, estuvieron de acuerdo que a corto y a largo plazo, las consecuencias que puede tener un bebedor problema, son tanto positivas como negativas.

De igual forma, todos los colaterales del GE1, estuvieron de acuerdo en que los bebedores problema tienen como alternativa para su recuperación, tanto la abstinencia como la moderación. Mientras que en el Grupo Control, una persona afirmó que solo la moderación era la alternativa.

Con base en los resultados obtenidos por el GE1, se puede afirmar, que la Sesión Informativa, es un material que mejora la calidad de la información referente al abuso de alcohol y al tratamiento. Se puede ver claramente, que en gran parte de las preguntas del "Cuestionario de Alcohol", los colaterales de este grupo, mostraron tener conceptos más objetivos, acerca de dicho problema, que aquellos que no recibieron ningún tipo de información. Sin embargo, no debe dejarse de tomar en cuenta, que en algunas preguntas, las respuestas fueron muy parecidas en este grupo y en el control.

Por último, en cuanto a los resultados mostrados por el único colateral del GE2, que asistió al seguimiento, se observó que la información proporcionada por el folleto, no fue suficiente, para que su información acerca del alcohol y del tratamiento, fuera más objetiva. De hecho, en algunas preguntas, sus respuestas tendieron a ser más negativas al final del tratamiento. Sin embargo, no se puede afirmar, que el Folleto sea un material que influya negativamente en los colaterales, de tal forma que no puedan brindar un apoyo adecuado a su familiar. Asimismo, tampoco se pretende aseverar, que la Sesión Informativa, haya sido el único elemento que determinó la obtención de resultados positivos en el GE1. El apoyo que brindaron los colaterales de este grupo, influyó en el éxito del tratamiento, pero no lo determinó. Hay evidencia de que la forma en la que los familiares enfrentan o reaccionan ante el

consumo de alcohol o drogas (ya sea excesivo o no) influye para que el consumo futuro se mantenga estable o cambie a niveles mayores o menores. De aquí que los miembros de la familia, además de constituir un grupo de alto riesgo, pueden ser el principal recurso para la prevención y la solución de problemas asociados con el uso de alcohol o drogas (Natera, Casco, Nava y Ollinger, 1990).

Diversas investigaciones, han descrito a los estresores como señales o elementos, que facilitan el uso de alcohol o drogas, para aliviar la tensión emocional que estos provocan. La falta de información, fomenta que la familia cree falsas expectativas acerca del tratamiento, y por lo tanto, se convierta en una fuente importante de estrés para el usuario. Asimismo, el estrés de la familia aumenta ante la imposibilidad de entender y afrontar los cambios e incidentes que se presentan durante el tratamiento, siendo así transmitido al usuario. De esta forma, se ha demostrado en diferentes estudios, que el estrés incrementa enormemente el riesgo de una recaída (Brown y cols. 1995).

Dentro de la sesión informativa, se orientó acerca de estrategias que promovían la comunicación, la realización de actividades en conjunto (relacionadas o no con el tratamiento), apoyo emocional, etc. Esta información, probablemente influyó en el grado de estrés presentado por la familia, ya que como O'Farrell señaló en su artículo de "Terapia Familiar y Conyugal" (1995), construir una relación cohesiva entre los miembros de la familia y realizar actividades en conjunto, son acciones que promueven un ambiente menos estresante, lo cual se refleja en una reducción de los factores de riesgo relacionados con recaídas. Enseñar a la familia técnicas de comunicación efectiva y habilidades de solución de problemas, proveen formas de afrontamiento eficaces hacia distintos estresores ambientales.

Walkner y cols. (citado en Peña y Padilla, 1997) afirman que la clase de soporte que tiene mayor importancia, depende no solo de la estructura o tamaño de red social, si no de la *calidad* de las relaciones. De aquí que se sugiera para posteriores investigaciones, medir el ambiente familiar con instrumentos como la Escala de Clima Social en la Familia ("FES"), de Moos, Moos y Tricker, para que a través de una evaluación previa al tratamiento, se detecten aquellos colaterales que puedan encontrarse realmente comprometidos y en condiciones para apoyar al usuario.

Existe evidencia de trabajos de intervención de redes sociales en prevención y tratamiento de adicciones, en donde la participación de la familia y la comunidad aseguran la permanencia del paciente dentro del programa a través del tiempo. Se ha comprobado que las adicciones pueden verse como el resultado de las deficiencias que hay en el ambiente (incluida la familia), y no en el individuo, siendo el remedio, la reorganización ambiental a través de la familia y la comunidad (Galanter, 1993).

Sin embargo, no todas las familias están motivadas para participar como parte del tratamiento, lo cual puede deberse al desgaste psicológico que les ha producido el problema del abuso del alcohol en su familia (usuario), fracasos repetidos en programas previos de tratamiento, no entender por qué ellos

tienen que participar en el tratamiento, siendo que piensan que no saldrán beneficiados directamente con esto, perder la esperanza que el problema tenga solución. Por lo tanto la participación deberá ser absolutamente voluntaria, ya que de otra forma, el usuario puede resultar perjudicado, si es que la familia no actúa de forma constructiva.

Por otra parte, el problema de abuso de alcohol, es un fenómeno multifactorial, lo que significa que hay muchos elementos que interactúan para que una persona tenga progresos o no dentro de un tratamiento. Entre dichos factores podemos encontrar, el estilo del terapeuta, la etapa de cambio en la que el usuario se encuentre a la hora de entrar a tratamiento, calidad y estructura de la red social natural con la que cuenta el usuario, historia de consumo, consumo de otras drogas, etc. Por consiguiente, no se puede atribuir a una sola variable el éxito o fracaso del tratamiento.

Lo que se pretendió con este estudio, fue demostrar que a través de la reducción de factores de riesgo (desinformación de la familia acerca del abuso de alcohol y del tratamiento), o de la potenciación de elementos motivacionales (apoyo social), el usuario puede obtener mejores resultados.

Al ser el Programa de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema, un modelo de intervención temprana, es importante que de la misma forma, se brinde atención preventiva a la familia. Si se logra conjuntar una buena atención oportuna en aquellos puntos que resultan medulares para el éxito o fracaso del tratamiento, se estará en condiciones de tener un mayor control de los resultados del programa.

El presente trabajo, fue una aproximación al estudio de la influencia que puede llegar a tener el apoyo social como elemento motivacional, dentro de los resultados obtenidos dentro de un tratamiento para bebedores problema. Aunque en esta ocasión, el diseño del trabajo, no contempló la participación de una verdadera red de apoyo social, donde colaboraran familiares, amigos y otros miembros de la comunidad el usuario, se pudo comprobar que **la familia es un elemento que influye, más no determina, el éxito del tratamiento.**

## VII. SUGERENCIAS

Se sugiere que para futuros trabajos, se establezcan **redes de apoyo social**, en donde participe, no sólo una persona, si no todas aquellas que sean significativas en el entorno del usuario y que estén dispuestas a apoyarlo durante el proceso. Realizar una intervención en Red, supone más esfuerzo, pero también nos garantiza una mayor adherencia al tratamiento y un cambio en el entorno del usuario que le permita obtener mejores resultados.

Por otro lado, hay evidencia, de que estar casado y contar con una relación conyugal que permita que ambas partes, participen y se integren dentro de la dinámica de tratamiento, predice una mayor adherencia al tratamiento (abandono del tratamiento más tardío) (La Fraga, 1990). Por lo tanto, se sugiere analizar desde un principio, la calidad de las relaciones conyugales y familiares, que existe alrededor del usuario, por medio de instrumentos como la Escala de Clima Social en la Familia (FES), ya que de esta forma se pueden detectar aquellos miembros potenciales para formar la red de apoyo social y que de verdad puedan brindar apoyo al usuario.

Asimismo, dentro de los criterios para medir la frecuencia de consumo de alcohol, incluidos en el formato de entrevista inicial, hay cinco opciones de respuesta, en donde el usuario tiene que ubicar la frecuencia con la que bebe. Las opciones son: Menos de una vez al mes; 1 vez al mes; 1 vez por semana; 2-3 veces por semana y; diariamente. Por lo tanto, se sugiere que para investigaciones futuras, este reactivo no contenga dichas opciones, si no que la respuesta del usuario sea abierta, ya que de esta manera, se puede tener una idea más real y clara, de la frecuencia de consumo de los usuarios del programa.

Por último se sugiere, realizar análisis intrasujetos y no intragrupos, ya que en muestras tan pequeñas, las diferencias que se muestran entre grupos, pueden estar dadas por un sujeto y no por el comportamiento general del grupo.

## VIII. LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones que tuvo el presente trabajo, fue el tamaño de la muestra. Como se mencionó anteriormente, las diferencias que se encontraron entre los grupos, pudieron deberse al comportamiento de un sujeto, y no al del grupo. Además, una muestra más grande, permite realizar análisis estadísticos potentes, y así detectar de forma más objetiva, las diferencias que existían entre los grupos de estudio.

Otra limitación que se presentó, fueron las diferencias que mostraron los grupos desde el inicio, tanto en el patrón de consumo, como en las expectativas hacia el tratamiento; dichas diferencias por lo tanto, influyeron en los resultados obtenidos.

## BIBLIOGRAFIA

- Atneave, C. (1976). Social Networks as the Unit of Intervention. En: Guerin, P. **Family Therapy**. Ed. Gardner Press.
- Ayala, H., Cárdenas, L., Echeverría, L., Gutiérrez, M. (1995) Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*. Vol. 18, No. 4 p.p. 18-24
- Ayala, H., Echeverría, L. (1998) Estrategias de Detección Temprana e Intervención Breve: hacia una nueva política de Salud Pública. En: *Beber de Tierra Generosa. Ciencias de las Bebidas Alcohólicas en México*. FISAC.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M., Sobell, L. (1998) Una Alternativa de intervención Breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*. Vol.6. Núm. 1, p.p. 71-93.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M., Sobell, L. (1997) Auto-Control Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de Alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 24, No. 2. p.p. 113-127.
- Ayala, H., Gutiérrez, M. (1993). Una revisión de Programas de Tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. *Consejo Nacional Contra las Adicciones*. Marzo - Abril. No. 16. p.p. 1-10.
- Barber, J., Crisp, B. (1995) Social Support and prevention of relapse following treatment for alcohol abuse. *Research on Social Work Practice*. Vol. 5. p.p. 283-296.
- Becona, I. E., Rodríguez, L. A., Salazar, B. I. (1994) **Drogodependencias: Introducción**. Universidad de Santiago de Compostela.
- Bien, T. H., Miller, W. R., Tonigan, J. S. (1993) Brief Interventions for alcohol Problems: A Review. *Addiction*. Vol.88. No. 3, p.p. 315-335.
- Blane, T., Leonard, K. (1987) **Psychological Theories of Drinking and Alcoholism**. Cap. 3. Guilford Press. New York.
- Booth, B., Russell, D., Soucek, S., Laughlin, P. (1992) Social Support and Outcome of Alcoholism Treatment: An Exploratory Analysis. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 18 (1), p.p. 87-101.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Bott, E. (1990) **Familia y Red Social**. Ed. Taurus Humanidades. Madrid.
- Brown, S., Vik, P., Patterson, T., Grant, I., Schuckit, M. (1995) Stress, Vulnerability and Adult Alcohol Relapse. *Journal of Studies of Alcohol*. Vol. 56. No. 5. p.p. 538-544.
- Caetano, R., Medina-Mora, M. (1988) Acculturation and Drinking Among People of Mexican Descent in Mexico and the United States. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 49, p.p. 462-471.
- CESAAL (1999) **¿Qué sabe usted sobre el alcohol?** Folleto.
- Colín, P., Garduño, G. (1996) **La Auto- Eficacia como una medida predictiva de éxito en un tratamiento para bebedores problema**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- CONADIC (2000). **Programa contra el Alcoholismo y abuso de Bebidas Alcohólicas**. Secretaría de Salud.
- CONADIC (2000) **¿Qué es el alcohol?**. Folleto informativo.
- Collins, R. (1990). Family treatment of Alcohol Abuse: Behavioral and Systems Perspectives. En: Collins, R., Leonard, K., Searles, J. **Alcohol and the Family: Research and Clinical Perspectives**. Guilford Press, New York.
- Craig, G. (1997) **Desarrollo Psicológico**. Ed. Prentice Hall.
- Díaz, A., Frías, M. (1990) **Actualización del Tratamiento del Alcoholismo**. Ed. Masson, Barcelona.
- Domínguez, B. (1984) Investigación Psicológica-Conductual y Adherencia Terapéutica. En: Puentes-Silva, F. **Adherencia Terapéutica**.
- Echeverría, L., Tiburcio, M., Cerero, L., Lima, L., Ayala, H. (2000). **Guía de Intervención para Profesionales de la Salud en el Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema**. UNAM.
- Elkaim, M. (1989) **Las prácticas de la terapia de Red**. Ed. Gedisa, Barcelona.
- **Encuesta Nacional de Adicciones** (1993) Secretaría de Salud. Tomo I.

- **Encuesta Nacional de Adicciones (1998)** Secretaría de Salud.
- **FISAC (2000) Políticas de Moderación en el Consumo de Bebidas Alcohólicas.** FISAC. Vol. I (4).
- Galanter, M. (1993). *Network Therapy for Addiction: A Model for Office Practice.* **The American Journal of Psychiatry.** Vol. 150 (1), p.p. 28-36.
- Galanter, M., Kleber, H. (1997). **Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias.** Editorial Masson, Barcelona.
- García-Pelayo, R. (1988) **Diccionario enciclopédico ilustrado.** Ediciones Larousse. Tomo 1.
- Gordon, J., Barret, K. (1993) **The Codependency Movement: Issues of Context and Differentiation.** En: **Addictive Behaviors Across the Lifespan: Prevention, Treatment and Policy Issues.** Newbury Park, California.
- Graña, G. J. (1994) **Conductas Adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento.** Ed. Debate.
- Havassy, B., Hall, S., Wasserman, D. (1991) **Social Support and Relapse: Commonalties among alcoholics, opiate users and cigarette smokers.** **Addictive Behaviors.** Vol.16, p.p. 235-246.
- Heather, N., Robertson, I. (1983). **Controlled Drinking.** Guilford Press. New York.
- Hester, R., Miller, W. (1995) **Self- Control Training.** En: Hester, R., Miller, W. **Handbook of alcoholism Treatment Approaches Effective Alternatives.** Ed. Allyn and Bacon.
- Hodgson, R. (1994) **Treatment of alcohol problems.** **Addiction.** Vol. 89. No.11
- Howard, J. (1994). **Alcohol Prevention Research in Minority Communities.** **Journal: Alcohol Health & Research World.** Vol. 17, No. 1, p.p. 5-9
- INEGI. (1998) **Principales causas de mortalidad en la población mexicana.**
- Jiménez, K. (1998) **Diferencias por género en un grupo de personas que acuden a un tratamiento para bebedores problema.** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Kerlinger, F. (1994) **Investigación del Comportamiento.** Ed. Mc Graw-Hill. México.

- Lorenzo, P., Ladero, J., Leza, J. (1998) **Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación.** Editorial Médica Panamericana. España.
- Marlatt, G., Gordon, J. (1985) **Relapse Prevention.** New York: Guilford Press.
- Medina-Mora, M. E.; Rojas, E.; Martínez, N.; Fleiz, C.; Mondragón, L.; Leal, L. (1997) **El abuso de alcohol en estudiantes, ¿Qué podemos hacer padres y maestros? Resultados del estudio: Consumo de sustancias en estudiantes de enseñanza media y media superior.** Instituto Mexicano de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, Consejo Estatal contra las Adicciones.
- Medina-Mora, M. E., Tapia, R., Sepúlveda, J., Otero, R., Rascón, L., Solache, G., Lazcano, S., Villatoro, J., Marino, M., López, E. (1989). **Patrones de Consumo de Alcohol y Síntomas de Dependencia. Revista Latinoamericana de Alcohol y Drogas.** 1, p.p. 47-58.
- Melgarejo, M., Samahuja, P., Pérez, F., Serrano, J., Rodríguez, L. (1987) **Memorias Seminarios: alternativas de Tratamiento y Rehabilitación en Farmacodependencia y Alcoholismo.** UNFDAC, OPS, OMS.
- Miller, W., Rollnick, S. (1999) **La Entrevista Motivacional: Preparar para el Cambio de Conductas Adictivas.** Ed. Paidós Ibérica.
- Natera, G., Orford, J., Copello, A., Nava, A., Mora, J., Davies, J., Rigby, K., Bradbury, Co., Velleman, R. (1998) **Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. Salud Mental.** Vol. 21(1): 1-13.
- Natera, G., Orford, J., Tiburcio, M., Mora, J. (1999) **Programa Modelo para la Prevención del Abuso de Alcohol y otras Drogas entre los Trabajadores y sus Familias.** Instituto Mexicano de Psiquiatría, Secretaría de Salud, Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- Natera, R. G., Mora R. J., Tiburcio, S. M (1999) **Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. Salud Mental.** Vol. 22 (Número especial) p.p. 114-120. 37.
- Natera, G.; López, J.(1997). **Agencias del Ministerio Público: Violencia y consumo de alcohol en Pachuca, Hidalgo.** Instituto Mexicano de Psiquiatría , Informe Preliminar.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- Natera, G., Casco, M., Nava, A., Ollinger, E. (1990) **Respuestas naturales de la familia al uso y abuso de alcohol y drogas.** *Anales IMP.* Reseña de la V Reunión de Investigación. p.p. 40-47.
- Natera, G., Mora, J., Tiburcio, M. (1999) Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental.* Número Especial: 114-120.
- Noone, M., Dua, J., Markham, R. (1999) Stress, Cognitive factors, and Coping Resources as Predictors of Relapse in Alcoholics. *Addictive Behaviors.* Vol. 24 (5), p.p. 687-693.
- O'Farrell, T. (1995) Marital and Family Therapy. En: Hester, R., Miller, W. **Handbook of alcoholism Treatment Approaches Effective Alternatives.** Ed. Ailyn and Bacon.
- Ortega, A. (2000) **Tratamiento Cognitivo Conductual para Bebedores Problema: Un Análisis de las Situaciones de Riesgo.** Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Peña, J. L., Padilla, D. (1997) **La Familia y la Comunidad como Red de Soporte Social. Una Alternativa de Prevención y Tratamiento del Abuso de Drogas.** CEDRO. Perú.
- Prochaska, J., Di Clemente, C. (1986) Toward a comprehensive model of change. En: Miller, W., Heather, N. **Treating Addictive Behaviors: Processes of Change.** Ed. Plenum, New York
- Puente-Silva, F. (1984) **Adherencia Terapéutica.**
- Puente-Silva, F., Gómez-Mont, F., Souza, M., Espel, A. (1979) **La Familia ante el Problema de las Drogas.** CEMESAM.
- Richmond, R. L., Anderson, P. (1994) Research in General Practice for Smokers and Excessive Drinkers. *Addiction.* Vol. 89. No. 1.
- Rosovsky, H. (2000) Modelos conceptuales y política de alcohol. En: **Políticas de Moderación en el consumo de Bebidas con Alcohol.** Cuadernos FISAC. Año I. Vol. 1. Núm. 4.
- Rosovsky, H., Casanova, L., Gutiérrez, R., González, L. (1994) Los accidentes y la violencia en México: El consumo de alcohol como factor de riesgo. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.* p.p. 61-64
- Sluzki, C. (1998) **La Red Social: Frontera de la Práctica Sistémica.** Ed. Gedisa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Sobell, M., Sobell, L. (1993) **Problem Drinkers. Guided Self-Change Treatment.** The Guilford Press. New York.
- Sobell, M., Sobell, L., Gavin, D. (1995) Portraying Alcohol Treatment Outcomes: Different Yardsticks of Success. *Behavior Therapy*, 26, 4, 643-670.
- Sobell, M., Sobell, L., Leo, G. (2000) Does enhanced social support improve outcomes for problem drinkers in guided self-change treatment? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Vol. 31 p.p. 41-54
- Speck, A., Ross, Atneave, C. (1973) **Redes Familiares.** Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- Steinglass, P. (1997). Terapia Familiar: Alcohol. En: Galanter, M., Kleber, D. **Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias.** Ed. Masson.
- Villalba, C. (1993) Redes Sociales; Un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. En *Intervención Psicosocial: Igualdad y Calidad de Vida*. Vol. 2, No. 4 p.p. 69-85.
- Weisz, C. (1996). Social Identities and response to treatment for alcohol and cocaine abuse. *Addictive Behaviors*. Vol. 21, No. 4, p.p. 445-458.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

# **ANEXO 1**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**ALCOHOL Y FAMILIA:**

**¿QUÉ INFORMACIÓN DEBO TENER?**



**FOLLETO INFORMATIVO PARA  
FAMILIARES DE BEBEDORES PROBLEMA**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# PAGINACIÓN DISCONTINUA

Este es un folleto dirigido a los familiares de personas que presentan algún tipo de problema relacionado con el consumo de alcohol.

## ¿QUÉ DEBO SABER ACERCA DEL ALCOHOL?

Es frecuente que no sepamos qué hacer cuando una persona cercana a nosotros, tiene un problema con su forma de beber. Surgen muchas preguntas sin respuesta y llegamos incluso a cuestionarnos qué fue lo que hicimos mal para que esto pasara. La familia del consumidor se ve afectada por esta situación; pueden surgir sentimientos de enojo, desesperación, incertidumbre, etc., que no sabemos cómo manejar. Incluso, cuando nuestro familiar ha decidido cambiar su forma de beber y ha ingresado a un tratamiento, nos gustaría ayudarlo, pero no sabemos cómo y nos falta información sobre *qué es el alcohol, sus efectos y consecuencias, cuáles son las características del tratamiento al que asiste, etc.*

A medida que la familia tenga más información acerca de qué es el alcohol, consecuencias asociadas a su consumo, características del tratamiento en el que se encuentre su familiar, etc., ésta podrá ser una parte importante dentro del proceso de cambio del usuario.

## ¿QUÉ ES EL ALCOHOL?



El alcohol etílico es una sustancia natural que se forma por la fermentación del azúcar producida por diversas levaduras. Es una sustancia que por sí misma no tiene ningún valor nutritivo, aunque produce calorías.

El alcohol disminuye la velocidad de respuesta del cerebro (falta de juicio, dificultad en el habla, en el equilibrio, etc.). No es un estimulante como mucha gente cree; el sujeto "parece" estar excitado, cuando en realidad el alcohol ejerce una acción depresora sobre su cerebro.

## ¿CÓMO ACTÚA EL ALCOHOL EN NUESTRO ORGANISMO?

La asimilación y eliminación del alcohol en nuestro cuerpo, es un proceso lento. Cuando la ingestión de bebidas alcohólicas se hace en pequeñas cantidades y lentamente, la cantidad de alcohol en sangre nunca es alta, ya que el hígado puede procesarlo adecuadamente y eliminarlo a través de la orina y el aliento, evitando así que se acumule excesivamente; de esta forma no se llega a la ebriedad. Por el contrario, cuando la velocidad de ingestión y la cantidad de alcohol rebasan la posibilidad de eliminarlo, se dificultan la coordinación muscular, el equilibrio, se obstaculiza la memoria, la capacidad de juicio, etc., pudiendo llegar a estados de intoxicación que ponen en peligro la vida.



El *efecto del alcohol* varía en cada persona y éste depende de varios factores, tales como las situaciones en las que se consume, la personalidad del usuario, la edad, constitución física, el estado de ánimo, sus experiencias pasadas, lo que se espera de consumir alcohol, la cantidad y velocidad en que se consume y el ambiente social y cultural.

## ¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO FRECUENTE?

Las consecuencias negativas del abuso del alcohol se pueden presentar en diversas áreas de la vida del usuario.

Fisiológicamente, se presenta un deterioro gradual en diversos órganos, como el estómago, el hígado, el corazón, el sistema nervioso, entre otros, pudiendo provocar enfermedades que van desde una gastritis hasta cirrosis.

El área laboral también puede verse afectada; se pueden presentar accidentes, ausentismos, falta de concentración e incluso la pérdida del empleo.

Igualmente, el área familiar puede verse muy afectada por este hecho. Comienzan a darse peleas frecuentes con las personas que conviven cotidianamente con el usuario, se presentan problemas económicos que afectan a la familia, falta de comunicación, etc.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Un bebedor excesivo puede llegar a desarrollar *dependencia hacia el alcohol*, esto es que el individuo presenta una gran necesidad de ingerir alcohol. Cuando la dependencia es severa, el organismo se acostumbra a la presencia del alcohol para poder funcionar. En este caso, cuando se deja de tomar repentinamente, el organismo se descontrola y aparecen síntomas como temblores, alucinaciones, ansiedad, convulsiones, etc. A esto se le conoce como *síndrome de abstinencia*.

## ¿CUÁL ES LA DIFERENCIA ENTRE UN ALCOHÓLICO Y UN BEBEDOR PROBLEMA?



Un *alcohólico* es aquella persona que ha desarrollado una *dependencia severa* al alcohol. Son aquellas personas que una vez que comienzan a beber, ya no pueden controlarse. Al principio desarrollan lo que se conoce como *tolerancia al alcohol*, es decir, necesitan beber cada vez más para obtener los mismos efectos que cuando no bebían tanto (son los que "aguantan mucho"). Al final esto se invierte, ya que con poca bebida llegan a la ebriedad ("no aguantan nada").

Por otra parte, un *bebedor problema o excesivo* es aquel que consume alcohol en forma periódica pero explosiva, es decir sólo en ciertas ocasiones consumen grandes cantidades de alcohol;

pueden presentar algunos síntomas de dependencia (consecuencias debidas a su consumo de alcohol), pero aun no han experimentado síntomas graves de abstinencia. Pueden encontrarse en riesgo de tener problemas sociales y de salud relacionados con su forma de consumo. Con la ayuda de un tratamiento adecuado, estas personas pueden *aprender a controlar* su consumo de alcohol.

## **OPCIONES QUE TIENE UNA PERSONA ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL**

Una persona que abusa del alcohol tiene varias opciones para manejar su forma de consumo. Cada una de estas presenta consecuencias o resultados diferentes:

- **OPCIÓN 1: NO CONSUMIR alcohol y actuar de manera positiva.** Esta es la mejor opción, pero no siempre es la más fácil de llevar a cabo.
- **OPCIÓN 2: NO CONSUMIR alcohol y actuar negativamente (actuar como si se consumiera alcohol).** Aunque se deje de beber, esta no es una buena opción, ya que hay personas que ante la falta de alcohol, pierden el control reaccionando agresivamente o de alguna forma que puede ser peligrosa. Generalmente, estas personas después de un tiempo vuelven a consumir alcohol en exceso.
- **OPCIÓN 3: CONSUMIR alcohol excesivamente.** Esta es una opción peligrosa y es la que mucha gente elige al no reconocer que su consumo representa un problema.
- **OPCIÓN 4: CONSUMIR alcohol moderadamente.** Esta es una buena opción para personas que no presentan dependencia severa al alcohol y el Programa de Auto-Cambio dirigido para Bebedores Problema contempla esta opción.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ¿QUÉ ES EL CONSUMO MODERADO?

Antes se pensaba que en el caso del alcohol, la abstinencia (dejar de beber totalmente) era el único camino o solución para alguien con problemas en su forma de beber. Pero actualmente se llevan a cabo programas de corta duración, en donde, un bebedor problema puede aprender a controlar o moderar su consumo de alcohol y por lo tanto tiene la opción de elegir entre el consumo moderado o la abstinencia como metas de tratamiento.

Consumir alcohol moderadamente consiste en beber sólo bajo ciertas circunstancias, esto incluye no consumirlo durante situaciones que puedan provocar un consumo excesivo; consumir no más de 4 tragos estándar por ocasión, sin exceder uno por hora y beber un máximo de 12 tragos por semana. En el caso de las mujeres el máximo aceptado por ocasión son 3 tragos y un máximo de 9 por semana.

(1 trago estándar=12 gr. de alcohol puro=1 cerveza de 341 ml=1 copa de vino de 142 ml=43 ml de ron, ginebra, vodka, whisky, mezcal=1 caballito de tequila)



## ¿CÓMO PUEDE AYUDAR LA FAMILIA EN EL PROCESO DE CAMBIO?

Debe quedarnos claro que resolver un problema de consumo excesivo de alcohol no es algo fácil, generalmente este tipo de problemas no aparecen de la noche a la mañana y por lo tanto, no desaparecen súbitamente. Para la mayoría de las personas que consumen alcohol en exceso **EL CAMBIO EN SU FORMA DE BEBER ES UN PROCESO QUE LLEVA TIEMPO, PERO SE PUEDE LOGRAR.**

Durante este proceso pueden presentarse *recadas*, y la forma en que la familia reaccione ante ellas será muy importante. Si una persona presenta una recaída, la familia debe *motivarlo a que siga adelante* y ayudarlo a que vea esta situación como un aprendizaje y no como un fracaso, esto se logra si no se le critica y si se le hace sentir que uno no ha perdido la *confianza* en él. En estos casos es cuando la *ayuda y apoyo de la familia* son más importantes.

La familia puede ser de gran ayuda para la persona durante el tratamiento, si le muestra respeto y cariño; asimismo, es importante que se muestre interés en su progreso y se le ayude a lograr la moderación o la abstinencia (según lo haya elegido) a través de:

- a) **COMPañÍA:** Realizar actividades conjuntas (relacionadas o no con el tratamiento) o simplemente estar juntos sin discutir o pelear. Con esto se le hace saber a la persona, que su familia lo apoya y lo acompaña durante el proceso.
- b) **APOYO EMOCIONAL:** Es importante que se establezca un clima de comprensión, estímulo y apoyo: No criticar lo que se hace, ni reprochar conductas del pasado.
- c) **COMUNICACIÓN ADECUADA:** Deben promoverse las interacciones destinadas a compartir información o puntos de vista positivos. Es necesario que las expectativas de la familia hacia el proceso de cambio sean realistas, esto ayudará a que el usuario no sienta que sus avances no son tomados en cuenta o que sus esfuerzos no son valorados.
- d) **ESTAR BIEN INFORMADOS:** La familia puede buscar información relacionada con el consumo de alcohol y con el tratamiento, con el fin de brindar al usuario una ayuda más objetiva.



Es importante comprender que el problema en sí es del usuario, pero que la familia puede realizar acciones que favorezcan el resultado del tratamiento. A menudo, a medida que los familiares de personas que abusan del alcohol se informan y apoyan al usuario durante su tratamiento, el proceso de cambio se ve beneficiado.



\* \* \* \* \*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Si le interesa obtener más información acerca de este tema, comuníquese al Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM (Sótano del Edificio "D"), al teléfono: 56-22-23-09 o al 55-50-79-72 con la Psic. Gabriela Pérez Téllez.

# **ANEXO 2**

## QUESTIONARIO DE ALCOHOL PARA EL COLATERAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_

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

EDAD: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

PARENTESCO CON EL USUARIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL USUARIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Seleccione la opción de respuesta que más se acerque a lo que usted conoce acerca del alcohol y del tratamiento.

1. La información que tengo acerca del abuso del alcohol la obtuve de:

(Seleccione sólo una opción)

- \_\_\_\_ (1) Los medios masivos de comunicación (periódico, TV, revistas, radio)  
\_\_\_\_ (2) Mi familiar (esposo, hijo, hermano, etc.) que tiene un problema en su forma de beber.  
\_\_\_\_ (3) Libros y otros materiales de lectura.  
\_\_\_\_ (4) Cursos, conferencias.  
\_\_\_\_ (5) Reuniones de Al-Anon  
\_\_\_\_ (6) Otros: (menciónelos) \_\_\_\_\_

2. Pienso que el abuso en el consumo de alcohol es:

(Seleccione todas las opciones que considere)

- \_\_\_\_ (1) Una enfermedad  
\_\_\_\_ (2) Un problema heredado  
\_\_\_\_ (3) Causado por situaciones ambientales (p. e. tensión, problemas laborales o familiares, problemas económicos, etc.)  
\_\_\_\_ (4) Causado por vivir o por estar rodeado de personas que tienen o tuvieron un grave problema con el alcohol  
\_\_\_\_ (5) Otros: (menciónelos) \_\_\_\_\_

3. En una escala del 0 al 100 ¿qué porcentaje de personas que abusan del alcohol y que entran a un programa de tratamiento, cree usted que ya no tienen problemas a partir del día que entran a tratamiento?

\_\_\_\_\_ %  
0 al 100

4. En una escala del 0 al 100 ¿qué porcentaje de personas cree usted que nunca tendrán una recaída después del tratamiento?

\_\_\_\_\_ %  
0 al 100

5. ¿Existen diferencias entre una persona alcohólica y un bebedor problema?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Explique su respuesta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿Piensa usted que la mayoría de las personas que abusan del alcohol, deben dejar de beber totalmente para que se les pueda considerar recuperados?

\_\_\_\_\_ (1) Si \_\_\_\_\_ (2) No

Explique su respuesta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Qué pensaría usted de una persona que después de seis meses de haber terminado un tratamiento, bebiera en exceso durante unos días, aunque después dejara de beber? (Marque sólo una opción)

\_\_\_\_\_ (1) Ha fracasado en su intento de dejar de beber en exceso.

\_\_\_\_\_ (2) Tuvo una recaída, pero esto no significa un fracaso si la persona aprende de esta situación.

\_\_\_\_\_ (3) Otra (describala) \_\_\_\_\_

8. Muchas personas que abusan del alcohol hacen promesas a sus familiares o amigos de no volver a tener problemas con su forma de beber; pero algunas veces no las cumplen. ¿Cuántos meses de abstinencia continua se necesitan para que usted crea que su familiar se encuentra realmente comprometido con no volver a abusar del alcohol?

Número de meses de abstinencia \_\_\_\_\_

9. ¿Cuántos meses de beber moderadamente se necesitan para que usted crea que su familiar se encuentra realmente comprometido en no volver a beber en exceso?

Número de meses de beber moderadamente y sin problemas \_\_\_\_\_

10. ¿Piensa usted que a corto plazo un bebedor problema puede tener consecuencias positivas, negativas o ambas?

\_\_\_\_\_ (1) Solamente consecuencias positivas o buenas

\_\_\_\_\_ (2) Solamente consecuencias negativas o malas

\_\_\_\_\_ (3) Consecuencias positivas y negativas

11. ¿Piensa usted que a largo plazo un bebedor problema puede tener consecuencias positivas, negativas o ambas?

\_\_\_\_\_ (1) Solamente consecuencias positivas o buenas

\_\_\_\_\_ (2) Solamente consecuencias negativas o malas

\_\_\_\_\_ (3) Consecuencias positivas y negativas

12. ¿Por qué piensa que aquéllas personas que han experimentado consecuencias negativas como resultado de su forma de beber, vuelven a beber en exceso una y otra vez?

---

---

---

13. El proceso de recuperación de una persona que tiene problemas con su forma de beber es:

- (1) A largo plazo
- (2) A corto plazo

14. Para su recuperación, un bebedor problema tiene como alternativa:

- (1) Sólo la abstinencia
- (2) Solo la moderación
- (3) La abstinencia o el consumo moderado
- (4) No tiene remedio

15. El apoyo que reciba una persona que tiene una recaída durante o después del tratamiento, por parte de su familia:

- (1) No sirve de nada.
- (2) Es poco importante.
- (3) Es muy importante para la recuperación.

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

h