



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“PROCESO DE DISEMINACIÓN DEL
MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E
INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES
PROBLEMA EN EL IMSS”**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:

BEATRIZ BERENICE CABRERA SOSA
JUAN FRANCISCO RODRÍGUEZ SANDOVAL

DIRECTOR DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRÍA SAN VICENTE

México, D.F.

2007





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer profundamente todo el apoyo que hemos recibido por parte del Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, en especial de la Lic. Leticia Echeverría San Vicente quien nos acompañó a lo largo de todo este camino, dándonos toda su experiencia y confiando en nosotros, muchas gracias.

También a cada uno de nuestros sinodales, a nuestro revisor el Mtro. Miguel Ángel Medina Gutiérrez, así como a nuestros grandes profesores de la carrera: a la Mtra. Blanca Elena Mancilla Gómez, al Mtro. Sotero Moreno Camacho y al Dr. Mario A. Cicero Franco.

Además agradecer a las autoridades del IMSS por todas las facilidades dadas así como a cada uno de los profesionales de la salud que quienes amablemente participaron en el presente estudio.

Y por último al CONACYT por el apoyo recibido para la realización de este escrito.

DEDICATORIA

PACO:

Les quiero dedicar esta tesis a mi familia ya que gracias a ellos estoy aquí en este momento de mi vida por concluir un gran sueño, por todo su amor y apoyo incondicional no tengo palabras para agradecer todos los sacrificios y esfuerzos, por todo esto y más, mil gracias. A mi papá por sus consejos y dedicación en todo momento, a mi mamá por su fortaleza y paciencia y por último y no menos importante a mi hermana Gaby ya que ella me ha dado todo su amor, comprensión, apoyo y entrega.

A cada uno de mis compañeros que han emprendido conmigo esta gran aventura brindándome siempre su amistad y cariño: Bertha Josefina, Claudia Ortiz, Tomás, Eduardo, Marco, Gaby Martínez, Diana González, Martha Licon, Gloria Luz, Lety Paredes, Moisés Emilio, Mariela Franco, Carlos Aparicio, Tomy, Cucu y Guera. Así como a mi madrina Guadalupe Pelayo y mi tía Teresa por su apoyo y cariño: por eso y más muchas gracias

BERENICE:

A MIS PADRES: Quisiera poder pagarles de alguna forma todo el apoyo, la confianza y el amor que me han dado estos 24 años por que gracias a ustedes soy lo que soy. Los amo y no me va a alcanzar la vida para agradecerles todos los sacrificios que han hecho por mi por eso esta tesis, muestra del esfuerzo que he hecho siempre con el respaldo de

ustedes se las dedico porque quiero que compartan conmigo uno de mis más grandes triunfos.

A MI HIJA: Quiero que algún día cuando puedas leer estas palabras, te des cuenta de lo importante que fuiste en esta etapa de mi vida pues fue gracias a tu paciencia y tu apoyo es que tuve la fuerza para terminar con mi carrera. Por momentos fue difícil seguir adelante sobre todo cuando me di cuenta que cada segundo invertido en este trabajo fue un momento valioso que me perdí a tu lado; pero la ternura con la que me respondías cuando me desesperaba y me enojaba contigo me sirvió de aliento siempre para continuar. Tú eres el motivo que me impulsa a ser mejor por qué quiero que siempre estés tan orgullosa de mí como yo lo estoy de ti. Nunca me cansaré de agradecerle a la vida por tantos momentos de felicidad que me has dado y tantas satisfacciones. No hay cantidad específica que muestre cuan grande es mi amor por ti chiquita, eres y serás siempre el tesoro más valioso que tengo y por eso Te amo con toda el alma.

A MI ESPOSO: Muchas gracias por el apoyo, el cariño, por estar ahí. En la vida tengo tres grandes amores a los cuales tengo que agradecer diferentes cosas a mis padres, a mi hija y a ti. Cada uno de ustedes me dan fuerza y gracias a su amor puedo seguir adelante a pesar de las dificultades pero tu apoyo es diferente, sólo tu eres capaz de secar hasta la última de mis lagrimas con sólo una sonrisa, me llenas de paz con tu sola presencia pero sobre todo sabes darme la palabra de aliento precisa por qué me conoces. Te amo y voy amarte hasta el último de mis días.

ÍNDICE

Resumen

Introducción	1
Capítulo I El proceso de diseminación	4
1.1 Definición de diseminación	4
1.2 Elementos principales en la diseminación de innovaciones	6
1.2.1 La innovación	6
1.2.2 Canales de comunicación	9
1.2.3 Tiempo	10
1.2.4 Sistema social	13
1.3 Etapas del proceso de diseminación	15
1.4 El paradigma de la diseminación de información	16
1.4.1 Modos de influencia	17
1.4.2 Esfuerzos para diseminar la información médica a los promotores	18
1.5 Cuándo diseminar	19
1.5.1 Cómo hacer un puente	21
1.5.2 Integración investigación-práctica	24
1.5.2.1 Un nuevo Modelo RPI	25
1.6 Fallas de la diseminación	28
1.7 ¿Qué hacer cuando la diseminación falla?	32
Capítulo II Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema	35
2.1 Definición	35
2.2 Elementos clave que conforman el Modelo	36
2.3 Sesiones que comprende el Modelo	48

2.3.1 Sesión 1: Admisión	48
2.3.2 Sesión 2: Evaluación	52
2.3.3 Sesión 3: Paso 1: Decidir cambiar y establecimiento de metas	56
2.3.4 Sesión 4: Paso 2: Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso	57
2.3.5 Sesión 5: Paso 3: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol	59
2.3.6 Sesión 6: Paso 4: Nuevo establecimiento de metas	60
2.3.7 Seguimientos	61
2.4 Fundamentos teóricos del Modelo	61
2.5 Investigaciones acerca del Modelo	62
Capítulo III La necesidad del Modelo de detección temprana e intervención breve en el IMSS	66
3.1 Epidemiología y estadísticas del consumo del alcohol	67
3.2 Prevención	70
3.2.1 Prevención primaria	70
3.2.2 Prevención secundaria	71
3.2.3 Prevención terciaria	74
3.3 Paso del uso-abuso-dependencia en el alcohol	74
3.4 Consecuencias por el consumo de alcohol	75
3.5 Papel del médico y de los profesionales de la salud en el tratamiento del consumo de alcohol	79
3.6 El Modelo en el IMSS	86
Método	90
Objetivo(s) de la investigación	90
Preguntas de investigación	91
Hipótesis	91

VARIABLES	92
Diseño	93
Muestra	93
Escenario	95
Instrumento	95
Procedimiento	95
Análisis estadístico	97
Resultados	98
Discusión y conclusiones	119
Sugerencias y Limitaciones	128
Referencias	129
Anexo 1 “Seguimiento de la capacitación del Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema a los profesionales de la salud en el IMSS”	138

RESUMEN.

El objetivo de la presente investigación es averiguar que es lo que ha pasado con el proceso de diseminación que se llevó a cabo con los profesionales de la salud en el IMSS. Dentro de este objetivo está el determinar hasta que fase llegó el Modelo, encontrar las razones por las cuales aplicaron el Modelo y los resultados que obtuvieron con la aplicación del mismo. Además pretende identificar las barreras que pudieron haber aparecido durante el proceso de diseminación, proponer alternativas de solución ante dichas barreras y finalmente reconocer los beneficios que traería la aplicación del Modelo. El tipo de estudio que se llevó a cabo en la investigación es de tipo descriptivo, la muestra estuvo comprendida por 29 sujetos, todos profesionales de la salud en un primer de nivel de atención, a los cuales se les aplicó un cuestionario el cual se hizo para recabar la información necesaria, así los análisis estadísticos son de tipo descriptivo utilizando frecuencias y porcentajes. Los resultados mostraron que el proceso de diseminación no llegó hasta su última etapa, sólo se logró avanzar con éxito a la fase de instrumentación, ya que sí existieron barreras que impidieron que el proceso concluyera como son: institucionales, por parte de los capacitadores, de los profesionales de la salud, del Modelo y de los usuarios o pacientes, sin embargo sí existen alternativas para vencer estas barreras, además los profesionales de la salud sí encontraron razones para aplicar el Modelo, sí existieron resultados con la aplicación y también se encontraron beneficios.

PALABRAS CLAVE: Proceso de diseminación, Barreras, Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve, Bebedores problema, Profesionales de la salud

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el consumo de alcohol ha aumentado de manera considerable en nuestro país. Esta situación ha tenido como resultado una agudización de la problemática social y con esto se ha puesto en evidencia la poca atención que se le ha dado al asunto. Las consecuencias psicosociales que trae el consumo excesivo de alcohol son muchas afectando todas las esferas de la vida de un sujeto. Por lo anterior es de suma importancia que se realicen actividades con las cuales se puedan diseminar de manera efectiva las técnicas de intervención producidas por la investigación científica para que de esta manera se pueda llevar a cabo una aplicación adecuada de dichas técnicas –en este caso específico del Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema en el IMSS- que garantice así el control-solución de las adicciones.

Así con el creciente incremento de las adicciones se ha despertado el interés de los científicos para implementar la investigación en la práctica clínica, en este caso de una intervención de bajo costo, rápida (breve) y efectiva dirigida a atender a los bebedores problema, medida utilizada como prevención secundaria, es decir, evitar el paso del uso-abuso a la dependencia.

El trabajo realizado durante la investigación es importante por que permite identificar todas las ventajas o beneficios que trae consigo la aplicación de un Modelo preventivo dirigido a un tipo especial de la población con problemas con el alcohol, así como todos los obstáculos o barreras a los cuales se enfrentan los practicantes a la hora de llevar a cabo la aplicación de dicho Modelo – y en su caso si es que pudieron aplicarlo- para de esta forma en primer instancia poder identificarlos y posteriormente poderles dar una solución para que realmente se pueda

realizar un puente importante entre la teoría y la práctica todo en beneficio de los clientes o usuarios que demandan servicios efectivos y de calidad a un bajo costo.

De esta manera el primer capítulo esta destinado a revisar lo concerniente al proceso de diseminación para así poder conocer los elementos que lo integran, las fases que comprende dicho proceso, el momento propicio para cuando diseminar, las barreras u obstáculos a los cuáles se puede enfrentar el investigador o el practicante así como las posibles alternativas con las que se puede contar cuando la diseminación falla.

El capítulo dos presenta el Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. En él se encontrará los elementos que conforman al Modelo, la población a la cual va dirigido, las sesiones que comprende, los fundamentos teóricos que lo sustentan, así como algunas de las investigaciones que lo apoyan empíricamente.

Con el capítulo tres se encontrarán elementos de la capacitación en el IMSS, las estadísticas que alarman la penetración de las adicciones en la sociedad, lo importante que es la prevención en todos los niveles, específicamente en el secundario, cada una de las posibles consecuencias que puede traer consigo el consumo de alcohol, además del papel de los profesionales de la salud en el tratamiento de los problemas de la bebida, poniendo énfasis en el médico.

En el capítulo cuarto describimos el método utilizado en esta investigación, desde los objetivos de la investigación hasta el análisis estadístico que se llevó a cabo para analizar los resultados.

El capítulo cinco presenta los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario, a través de gráficas, con su respectiva descripción.

El capítulo seis, destinado para la discusión y las conclusiones, en donde se puede ligar claramente el marco teórico que sustenta la investigación con los resultados obtenidos en ésta.

CAPÍTULO I EL PROCESO DE DISEMINACION Y SUS COMPONENTES

Adoptar una nueva idea, aun cuando posea obvias ventajas, es frecuentemente difícil. Muchas innovaciones requieren un largo periodo, desde que están disponibles hasta que son plenamente adoptadas. Un problema común para muchos individuos y organizaciones es como acelerar la tasa de diseminación de una innovación.

Para poder superar este problema, es importante, que se entienda lo que es el proceso de diseminación y los componentes que lo conforman. Por lo tanto durante este capítulo se revisará de manera breve este concepto pues como se observará a lo largo del mismo, la diseminación no ha sido históricamente un proceso fácil.

Aunque la diseminación involucra adoptar nuevas ideas, es un proceso difícil y que requiere tiempo. En 1781 Benjamin Franklin describió acertadamente el problema con la diseminación: “Para cambiar las malas costumbres de un país por unas nuevas, aún siendo mejores, es necesario primero quitar los prejuicios de la gente, instruir su ignorancia, y convencerlos de que sus intereses van a ser promovidos con el cambio; y esto no es un trabajo de un día” (Rogers, 1983, cit. Sobell, 1996, p. 302).

1.1 DEFINICION DE DISEMINACIÓN

Antes de describir que es la diseminación es importante mencionar que para Rogers tanto el término de difusión como el de diseminación describen una comunicación de ideas planeada pero al mismo tiempo espontánea; por lo que tiende a utilizarlo como sinónimos. Sin embargo, por cuestiones de claridad, a lo largo del texto se empleará el término diseminación para referirnos al proceso en sí y difusión como una etapa que lo conforma.

Kanouse, Kallich y Kahan (1995, p.168) definen la diseminación como “un proceso de transmisión de comunicación que se origina de una o varias fuentes... que es transmitida a través de varios medios... y alcanza varias audiencias”.

Para Rogers (1995, p.5) la diseminación “es un proceso en el cual una innovación es comunicada a través de varios canales en el tiempo entre los miembros de un sistema social”.

Por otro lado, Martin, Herie, Turner y Cunningham (1998) describen la diseminación como un proceso basado en teorías de marketing social. El proceso se centra entonces en cuatro fases de marketing: análisis, segmentación, estrategia y evaluación. El análisis se hace para que los agentes de cambio identifiquen a los consumidores potenciales. Utilizando la segmentación de mercado, los sistemas blanco son identificados y preparados para un acercamiento con la diseminación que cubra las necesidades individuales. Utilizando una estrategia de mercado, la diseminación es manipulada para conocer las necesidades de cada subsistema. Finalmente, en los centros se evalúa el programa que se está adoptando una vez que la diseminación terminó, con la ayuda de los adoptantes. La fase de evaluación les permite a los agentes de cambio aprender que les gusto y disgusto a los adoptadores del programa.

Se puede decir entonces, a partir de las definiciones de diseminación que se dieron anteriormente, que la diseminación es un tipo especial de comunicación en la cual el mensaje involucra una nueva idea. Esta novedad que contiene el mensaje le da a la diseminación un carácter especial. La novedad significa que cierto grado de incertidumbre está implícita en la diseminación. Además, es necesario ver la diseminación como una estrategia de venta para que resulte efectivo el proceso.

1.2 CUATRO ELEMENTOS PRINCIPALES EN LA DISEMINACIÓN DE INNOVACIONES

Anteriormente se definió lo que era la diseminación y dentro de esta descripción se mencionaron los cuatro elementos principales: la innovación, los canales de comunicación, el tiempo y el sistema social. A continuación se describirá cada uno de ellos.

1.2.1 La innovación.

Una innovación es “una idea, práctica u objeto que es percibido como nuevo por uno o varios individuos que lo adoptan” (Rogers, 1995, p.12). La percepción de la novedad de la idea por parte del individuo determina su reacción ante él. Si la idea parece nueva para el individuo, entonces se habla de una innovación.

La novedad en la innovación no sólo involucra el conocimiento de la innovación. Algunos pueden tener conocimiento sobre la innovación y sin embargo, no haber desarrollado una actitud (negativa o positiva) hacia ella. La novedad de una innovación puede ser expresada en términos de conocimiento, persuasión o la decisión de adoptarla.

No se debe asumir que la diseminación y adopción de todas las innovaciones son necesariamente deseables.

a) Innovaciones tecnológicas, información e incertidumbre

Muchas de las nuevas ideas que se pretenden diseminar son innovaciones tecnológicas, y por lo tanto se tiende a utilizar la palabra innovación y tecnología como sinónimos. La tecnología esta compuesta usualmente de dos elementos: un hardware formado por el aspecto físico de los objetos y un software que considera la información intangible de los objetos.

Por lo regular se piensa en tecnología en términos solamente de hardware. Además de que en la tecnología el aspecto del hardware es más evidente. Sin embargo en algunos casos, la tecnología puede estar casi compuesta de pura información como por ejemplo una filosofía política como el marxismo. La diseminación de las innovaciones de software ha sido investigada, sin embargo, un problema metodológico en este tipo de estudios es que la adopción no puede ser fácilmente observada o medible.

Aun cuando el componente de software en la tecnología no suele ser evidente, no se debe olvidar que una tecnología casi siempre representa una mezcla de hardware y software.

Saber de una innovación tecnológica crea incertidumbre acerca de sus consecuencias en la mente de los adoptadores potenciales. La ventaja potencial de una nueva idea es que compromete al individuo a aprender más acerca de la innovación. Una vez que las actividades de buscar información sobre la innovación reducen la incertidumbre sobre las expectativas de las consecuencias a un nivel tolerable, la decisión de adoptar o rechazar puede llevarse a cabo. Además, el proceso de innovación-decisión es esencialmente un proceso de buscar y procesar información para que el individuo reduzca la incertidumbre a cerca de las ventajas y desventajas de la innovación.

b) Percepción de los atributos de las innovaciones

Las características de las innovaciones, percibidas por los individuos, ayudan a explicar los diferentes rangos de adopción. Estas características son las siguientes:

1. *Ventaja relativa*: es el grado en que una innovación es percibida como mejor que la idea por la que fue reemplazada. El grado de una ventaja relativa puede

ser medida en términos económicos, pero el prestigio social, la conveniencia y la satisfacción, también son factores importantes. Entre mayor sea esta ventaja más rápido será el rango de adopción.

2. *Compatibilidad*: es el grado en el cual una innovación es percibida como consistente con los valores, experiencia y necesidades de un adoptador potencial.
3. *Complejidad*: es el grado en el que una innovación es percibida como difícil de entender o de usar.
4. *Aplicabilidad*: es el grado en el que una innovación puede ser experimentada dentro de ciertos límites. Las nuevas ideas que pueden aplicarse por pasos son más rápidas de adoptar que aquellas que no son divisibles.
5. *Observabilidad*: es el grado en el cual los resultados de una innovación pueden ser visibles para otros (Rogers, 1983 cit. Sobell, 1996).

c) Re-inención

Durante las primeras décadas de investigación, se pensó que la innovación no cambiaba de cómo se había diseminado sin embargo se ha visto que los adoptantes suelen cambiar la idea inicial de la innovación.

La reinención es “el grado en el cual una innovación es cambiada o modificada por un usuario en el proceso de adopción o implementación” (Rogers, 1995, p.17).

1.2.2 Canales de comunicación

La diseminación es un tipo particular de comunicación en la que el mensaje esencial es el intercambio de información a través del cual un individuo comunica la nueva idea a otro u otros individuos. En su forma más elemental el proceso involucra 1) una

innovación, 2) un individuo que tiene conocimiento de, o ha experimentado con la innovación, 3) otro individuo o grupo de individuos que no hayan experimentado ni conozcan la innovación, y 4) un canal de comunicación que conecta ambas partes (Rogers, 1995).

Existen dos tipos de canales de comunicación. Los canales masivos que se utilizan cuando la innovación quiere ser presentada a una gran cantidad de individuos como por ejemplo el radio, la televisión y el periódico y también están los canales interpersonales que involucran un intercambio de información cara a cara.

Mucha gente depende principalmente de una evaluación subjetiva de la innovación que los lleva a analizar si les conviene tanto como les ha convenido a otros individuos adoptar la innovación. Esta evaluación de las experiencias con personas cercanas al individuo sugiere que el corazón de la diseminación está en la imitación de otros que previamente han adoptado la innovación.

a) Homofilia, heterofilia y diseminación

La homofilia es “el grado en el que dos o más individuos que interactúan son similares en ciertos atributos, tales como creencias, educación, estatus social, etc” (Rogers, 1995, p.19). Se ha visto que cuando se comparte un lenguaje y significados mutuos, y son iguales en características personales y sociales, la comunicación de nuevas ideas tiene mejores resultados en términos de conocimiento y en la formación de una actitud. Sin embargo, dado que cuando dos individuos son idénticos en relación a su manejo técnico de una innovación, no puede ocurrir ninguna diseminación porque no hay ninguna información que intercambiar. Es por ello que la naturaleza de la diseminación demanda al menos algún grado de heterofilia esté presente entre los participantes.

1.2.3 Tiempo

El tiempo está involucrado en la diseminación en 1) el proceso de innovación-decisión, en el cual el individuo pasa del primer conocimiento de la innovación hacia su adopción o rechazo, 2) la prontitud o tardanza en la que una innovación es adoptada comparada con los demás miembros del sistema y, 3) el rango de adopción de un sistema, usualmente calculado con el número de miembros de un sistema que adoptaron la innovación en un periodo determinado (Rogers, 1995).

a) El proceso de innovación-decisión

Se conceptualizan cinco pasos importantes en el proceso de innovación-decisión: 1) *conocimiento*, que se da cuando un individuo sabe de la existencia de una innovación y se le informa un poco acerca de cómo funciona, 2) *persuasión*, tiene lugar cuando el individuo toma una actitud ya sea positiva o negativa hacia la innovación, 3) *decisión*, ocurre cuando un individuo opta por adoptar o rechazar la innovación, 4) *implementación*, tiene lugar cuando un individuo usa la innovación. En esta etapa se da la reinversión, y 5) *confirmación*, que ocurre cuando un individuo refuerza su decisión de haber adoptado una innovación, sin embargo en esta etapa la persona puede reconsiderar su decisión sobre todo si está expuesta a mensajes negativos acerca de la innovación (Rogers, 1995).

b) Tipos de innovación-decisión

1. *Decisión opcional*. Es la elección que hace un individuo de adoptar o rechazar una innovación independientemente de los otros miembros del sistema. Aunque en algunos casos, la decisión puede estar influida por el sistema o por las redes de comunicación interpersonal.

2. *Decisión colectiva.* La decisión de rechazar o adoptar una innovación se hace en consenso entre los miembros de un sistema.
3. *Decisión de autoridad.* Esta hecha por un grupo pequeño de individuos pero que poseen poder, estatus o experiencia técnica (Rogers, 1995).

Generalmente la manera más rápida de adopción es con la decisión de autoridad. Y la decisión opcional por lo regular se hace más rápido que la colectiva.

c) Categorías de adoptadores

Es el grado en el cual un individuo adopta con mayor rapidez la innovación que el resto del sistema. Las categorías con base en la rapidez de la adopción son: 1) innovadores, 2) adoptadores tempranos, 3) mayoría temprana, 4) mayoría tardía y 5) rezagados (Sobell,1996). Además se ha visto que los adoptantes suelen tener ciertas características como son: los adoptantes tempranos, comparados con los adoptantes tardíos pueden ser formalmente más educados, tienen un estatus social mayor, son más susceptibles al cambio, son más empáticos, más inteligentes y tienen aspiraciones laborales más altas. Estos individuos pueden haber viajado más, ser líderes de opinión dentro del sistema de salud en México y pueden ser socialmente más activos. Inclusive, Rogers (1995) postula que los adoptantes tempranos pueden adoptar la innovación si esto implica que se eleve su estatus social.

Por otro lado, Rogers (1995) señala que los adoptantes tardíos están esencialmente mirando a los adoptantes tempranos para informarse acerca de la innovación. Estas características son importantes ya que se ha observado que la diseminación se facilita si se detectan inicialmente aquellos que pueden convertirse en adoptantes tempranos.

d) Rango de adopción

Cuando el número de individuos que adoptan una nueva idea se acumula, el resultado es una distribución de curva en forma de S. Al principio sólo algunos individuos adoptan la innovación cada determinado periodo (un año o un mes por ejemplo), ellos son los innovadores. Pronto la difusión empieza a aumentar y más y más individuos adoptan la innovación. Momentáneamente, la trayectoria del porcentaje de adopción comienza a detenerse y cada vez son menos individuos los que se quedan sin adoptar la innovación.

1.2.4 Sistema social

a) Estructura social y diseminación

La estructura regula y estabiliza el comportamiento humano dentro de un sistema: esto nos permite predecir el comportamiento con cierto grado de precisión. Además, la estructura representa un tipo de información, en el que disminuye la incertidumbre.

Una falta total de comunicación en la estructura se mostraría en una situación en donde cada individuo habla con la misma probabilidad a cualquier otro miembro del sistema.

Es importante también considerar las normas dentro de la diseminación pues son ellas las que sirven de guía para el comportamiento que se espera de los individuos dentro de un sistema social.

b) Opinión de los líderes y agentes de cambio

La opinión de los líderes es “el grado en el cual un individuo es capaz de influir las actitudes de otros individuos” (Rogers, 1995, p.27). La opinión del líder es ganada y se mantiene por la competencia técnica individual, accesibilidad social, y la conformidad al sistema de normas. Cuando el sistema social está orientado al cambio, la opinión de los líderes es más innovadora; pero cuando se opone al cambio,

la opinión de los líderes también refleja esa norma. A través de su conformidad al sistema de normas, la opinión de los líderes sirve como Modelo para el comportamiento de los seguidores ante una innovación. La opinión de los líderes además ejemplifica y expresa la estructura del sistema.

La más notable característica de un líder de opinión es su posición única e influenciadora en la comunicación de su sistema: ellos son el centro de la comunicación interpersonal. El respeto que respalda a un líder puede perderse cuando su opinión se aparta demasiado de las normas del sistema. Los líderes pueden comenzar a ser percibidos por sus iguales más como un agente profesional de cambio y por lo tanto perder su credibilidad.

Un tipo diferente de individuo que también posee influencia es un profesional que representa un agente de cambio externo al sistema.

Los agentes de cambio son los responsables de influir en la decisión de los adoptantes en considerar la aceptación de nuevas ideas (Rogers, 1995). El agente de cambio ideal es aquel que es capaz de retroalimentar, de establecer un buen rapport, de entender la investigación que involucra el tratamiento, y que es hábil para diseminar (Crosswaite y Curtice, 1994). Además debe tener la buena voluntad de integrar y considerar todas las recomendaciones hechas por aquellos que van a recibir la diseminación.

Por lo regular el agente de cambio parece estar de acuerdo con la adopción de nuevas ideas sin embargo, puede provocar que se retrase la diseminación o promover la adopción de innovaciones indeseables. Los agentes de cambio suelen utilizar a los líderes de opinión como guías en las actividades de diseminación.

1.3 ETAPAS DEL PROCESO DE DISEMINACIÓN

Además de los componentes, el proceso de diseminación se conforma de las siguientes etapas:

- 1) *Difusión*: “es la incorporación, o transferencia de las innovaciones del sistema de recursos al sistema de usuarios” (Ayala, Carrascoza y Echeverría, 2003, p. 22). Es decir, los investigadores tienen que dar a conocer por medio de diferentes mecanismos, como por ejemplo, las publicaciones, las innovaciones que resultan efectivas con un fundamento científico a los usuarios potenciales, en este caso a los profesionales de la salud para que lo conozcan.
- 2) *Adopción*: o la “identificación de los seguidores o adoptantes potenciales y con la consecuente aceptación de los programas” (ibid, p.25).
- 3) *Instrumentación*: “es entendida como el uso inicial de las innovaciones”. (ibid, p. 26), enfatizando la importancia de la autoeficacia y habilidades del adoptante (ibid, p. 27)
- 4) *Mantenimiento*: “es el uso sostenido del programa o la innovación” (ibid, p 28)
- 5) *Institucionalización*: “es la etapa en la que se formalizan las innovaciones en las políticas públicas” (ibid, p 30)

A continuación se discutirá que es lo que comúnmente se asume que sucederá cuando la información es diseminada y se describirán algunos retos recientes en este escenario.

Después, se examinará la literatura de varias formas de diseminar información práctica y relevante.

1.4 EL PARADIGMA DE LA DISEMINACION DE INFORMACION

Los practicantes son vistos como consumidores de nueva información que quieren mantenerse al lado de los nuevos desarrollos y que dedican tiempo y esfuerzo a entender las implicaciones clínicas de los nuevos descubrimientos biomédicos. Se considera que cuando estos promotores de la salud encuentran nueva información que sugiere que deben cambiar la forma en que tratan a sus pacientes, por lo regular están dispuestos al cambio. En este paradigma, la diseminación efectiva es una simple manera de poner información precisa en manos de los practicantes, el resto se da por sí mismo. En otras palabras, la experiencia de los practicantes implica su lógica y racionalidad.

En años recientes, en parte por la persistente falla de encontrar el cambio en donde se esperaría que ocurriera, varias investigaciones han empezado a cuestionar la precisión de este paradigma (Lomas, 1991).

Los expertos en varios campos tienden a resolver problemas y a hacer decisiones reconociendo que existen situaciones con las que están familiarizados debido a su experiencia. Esto hace que los expertos no sean necesariamente lógicos y racionales.

Dado este punto de vista del comportamiento de los expertos, el esfuerzo para provocar el cambio no sólo debe contener información relevante y creíble, sino que debe romper con una bien establecida y recompensada cadena de asociaciones que se ha vuelto casi automática. Por consiguiente, los descubrimientos científicos no son los únicos que deben considerarse, sino además, hay una necesidad para una ciencia de comportamiento que debe contener educación, entrenamiento, e información sobre programas de diseminación.

También se debe reconocer que la estrategia más efectiva para lograr el cambio puede variar dependiendo de la conducta que se pretende cambiar, la tecnología

involucrada, el tipo de practicante y el lugar donde va a ser promovido el cambio (Creer, 1988).

1.4.1 Modos de influencia

Se consideran tres formas en las que un promotor de la salud puede ser inducido al cambio.

1. *Influencia regulatoria.*- La manera más directa para influir el cambio es recompensar a la gente por comprometerse a realizar ciertos comportamientos y castigarlos por realizar otros.
2. *Influencia normativa.*- El comportamiento es determinado por la propia percepción de la persona del rol del promotor de la salud.
3. *Influencia de información.*- Este tipo de influencia actúa sobre la cognición de los médicos, provocando el cambio en el sistema de creencias. La influencia informativa puede tomar diferentes formas.
 - a) *Influencia de hecho.*- Es la presentación de información creíble que lleva al médico a concluir que un cambio en la política clínica puede beneficiar a sus pacientes.
 - b) *Influencia de experto.*- Este es la declaración de creencia o comportamiento de un experto aceptado, que está incorporado dentro del sistema de creencia del médico.
 - c) *Influencia de compañero.*- Esta ocurre cuando el médico nota que otros han cambiado su comportamiento. Aceptando que el conocimiento colectivo es superior al suyo, el médico cambia su conducta.

1.4.2 Esfuerzo para diseminar la información médica a los promotores

La información de las investigaciones ha sido diseminada a los promotores de la salud de varias maneras incluyendo cuatro:

1. *Ensayos clínicos azarosos.*
2. *Recomendaciones en consenso*
3. *Computadora asistida.*- Las computadoras han sido utilizadas en dos grandes formas para asistir a los médicos en los aspectos cognitivos de la medicina: primero, para diseminar la información; segundo, para incitar a los médicos proporcionándoles con recordatorios automáticos o con retroalimentación de sus conductas o la de su comunidad. La primera es un tipo de influencia de experto mientras que la segunda es de tipo influencia de hecho.
4. *Continuar con la educación médica.*- La meta de esto podría ser mejorar los conocimientos del médico, y por consiguiente mejorar los resultados del paciente. Más concretamente, la meta de continuar con la educación es aumentar la posibilidad de que los médicos implementen una terapia apropiada por cada condición médica particular (Kanouse et al., 1995).

Ahora bien, para entender el alcance y la importancia del problema de diseminación, durante los siguientes apartados se discutirá cuando la diseminación es apropiada, se expondrán varios ejemplos en donde la diseminación falla y se ofrecerán recomendaciones para conseguir la diseminación.

1.5 CUANDO DISEMINAR

El mejor momento para diseminar es cuando los resultados de un estudio demuestran efectividad. Es decir, cuando un tratamiento es apoyado por datos eficientes provenientes ya sea de ensayos clínicos azarosos o de una larga serie de casos individuales.

El lenguaje de la evidencia presupone la disponibilidad de información apropiada. El mejor Modelo de investigación para probar la efectividad de los servicios de salud es el Modelo experimental, adaptado para los clínicos en los ensayos controlados y azarosos (Hayward, Ciliska, DiCenso, homas, Underwood, y Rafael, 1996).

Actualmente, numerosos tratamientos comportamentales son apoyados por evidencia tanto de los Ensayos Azarosos Controlados (EAC) como de casos clínicos. Muy poca evidencia de los EAC generalizados a establecimientos clínicos está disponible (Weiz, Weiss, y Donenberg, 1992). Algunos han argumentado que debido a que los datos generalizados no están disponibles, los tratamientos apoyados en los EAC no están listos para ser diseminados.

Es apropiado diseminar tratamientos que están apoyados por datos eficientes obtenidos tanto por los EAC como por los casos clínicos, aun cuando los datos de la efectividad en los estudios no este disponible. Para determinar cuando están listos los tratamientos para diseminarse, es recomendable que los terapeutas usen su criterio como el que utilizaron Chambless y Hollín (Chambless et al., 1996; Task Force, 1995). Chambless y Hollín definieron “tratamiento eficaz” como aquel que había mostrado efectividad en más de un EAC conducido por más de un grupo de investigadores, o como aquel que había mostrado efectividad en varios replicas de diseños de casos simples conducidos por más de un grupo de investigación.

La pregunta de si este criterio es suficiente para justificar la diseminación es controversial. Un argumento común que apoya la idea de que este criterio es inadecuado es el argumento de la generalización. Este argumento dice que los EAC validados empíricamente estudian pacientes en quienes se utilizó un criterio de selección muy riguroso, con protocolos que están muy lejos de lo que es la práctica común, los resultados de dichos estudios simplemente no pueden ser generalizados

en la práctica clínica (Persons, 1997). Ciertamente no se puede asumir que los resultados de los EAC deben ser generalizados a la práctica clínica. Entonces, ¿por qué considerar que los datos de los EAC son suficientes para apoyar una diseminación?

La respuesta a esta pregunta es que en ausencia de datos de generalización, los clínicos deben escoger entre tratamientos apoyados por datos de EAC y tratamientos que no cuentan con estos datos.

Aun cuando se disemine en el momento apropiado, se ha observado que muchas veces el proceso no se desarrolla con éxito y el problema podría deberse a la forma en que los científicos (que son los que hacen los descubrimientos y estudios) y los clínicos (que son los encargados de llevar a la práctica los descubrimientos hechos por los científicos) no colaboran conjuntamente para que el proceso sea efectivo.

La necesidad de desarrollar estrategias eficientes y efectivas para diseminar evidencia del cuidado de la salud ha sido reconocida por gobiernos, investigadores y clínicos por igual. Sin embargo, reconocer e implementar son asuntos diferentes. Si los científicos quieren tener un impacto significativo en la clínica práctica, deben de aprender una nueva forma de “hacer negocios”.

Este apartado trata sobre asuntos que investigadores y practicantes deben enfrentar si quieren unir la abertura que existe entre ellos.

1.5.1 Como hacer un puente

La necesidad de crear una alianza entre ciencia y práctica siempre ha sido descrita. Crear un buen puente tarda más que aceptar que se necesita un puente. Sin embargo, las discrepancias reportadas entre lo que se presenta en la investigación

como soporte empírico y lo que se usa comúnmente en la práctica clínica hacen más evidente la necesidad de esta alianza (Miller, 1987; Miller y Hester, 1986; O'Donohue y Szymanski, 1994).

Muchos de los artículos que se publican no están orientados a los clínicos. En casi todos los artículos científicos, hay muy poca o ninguna descripción de la intervención de manera que permita a los terapeutas replicar el tratamiento.

Una lección importante que debe aprenderse para un negocio exitoso es el acercamiento con el cliente (Peters y Waterman, 1984). En la disseminación de la terapia conductual, los clientes son los clínicos. Para crear productos que los clínicos quieran comprar, se necesita escuchar sus necesidades.

Los científicos necesitan trabajar directamente con los clínicos y en los establecimientos en donde las intervenciones se van a adoptar. Los clínicos necesitan convertirse en verdaderos compañeros de investigación, de desarrollo y de disseminación.

Como cualquier cliente, los clínicos no pueden esperar realizar una compra a menos que sientan que lo que van a comprar es útil; el producto necesita ser clínicamente relevante, usar afabilidad, y estar disponible. Lo que los clínicos y científicos necesitan entender es el punto de vista de uno y otro y sus experiencias. Finalmente, los investigadores deben reconocer que las prioridades de los clínicos, el tiempo, y los recursos limitados son factores reales que afectan el trabajo de cada día, y estos factores pueden determinar si un producto es atractivo.

Es evidente que se necesita considerar diferentes niveles para lograr la transición de la investigación a la práctica. Pero independientemente de considerar estos niveles, es responsabilidad de los investigadores y clínicos asumir su rol. Cuatro actividades de ambos se requieren en este proceso. Primero la voluntad para examinar las

creencias, teorías y prácticas que existen, y si es necesario desenmascarar los mitos (Chiauzzi y Liliegren, 1993), segundo, evaluaciones realistas de los requerimientos para hacer los cambios en el sistema, tercero, planear cuidadosamente una comunicación efectiva entre proveedores e investigadores y aclarar que los objetivos no pueden alcanzarse sin el esfuerzo de la estructura y cuarto, iniciativa y guía por parte de los líderes de opinión que formal o informalmente representan las normas y los estándares en la práctica. A continuación se describirá cada una de estas actividades (Mattson y Donovan, 1994).

a) Desenmascarando mitos

La necesidad de desenmascarar los mitos describe la habilidad de cambiar las creencias en la medida en la que nueva información esta disponible. Estos mitos pueden incluir mal entendimiento de la generalización de los resultados comúnmente en el mundo real de la práctica (Huey, 1991). También pueden incluir las creencias de los clínicos acerca de su rol (Haynes, Sexton y Radek, 1987) o la creencia de que la intuición de los clínicos está por encima de los descubrimientos experimentales (O'Donohue y Szymanski, 1994).

El propósito aquí no es examinar de manera particular cada mito a detalle sino enfocarse en el rol que puede estar jugando el mito en el proceso de diseminación.

b) Consideraciones factibles

Cambiar las prácticas existentes de cualquier campo tiene varios grados de factibilidad, y es bien sabido que las innovaciones en tratamiento se completan lentamente. La pregunta a considerar es si los proveedores están dispuestos a hacer los ajustes necesarios en horarios y contrataciones, y las terceras personas van a estar dispuestas a pagar los costos extras que esto podría involucrar. Un dilema adicional involucra aquellos centros de tratamientos que sólo ofrecen lo que tienen

que puede ser menos deseable que algún otro tratamiento propuesto por alguien más, posiblemente competirían en facilidad. Estas y algunas otras preguntas se han hecho, pero por el momento no han sido respondidas (Finney y Moos, 1986; Jaffe, 1994).

c) Comunicación efectiva

La falta de consciencia de los nuevos descubrimientos obviamente mina cualquier esperanza de incorporarlos a la práctica. Dentro del campo del alcoholismo, no es sorprendente que esto es un problema desde que la investigación y la práctica utilizan diferentes fuentes de información. Este problema no se soluciona con exhortar a los clínicos a informarse más en la literatura de la investigación o apresurar a los investigadores a publicar más en la literatura que suelen leer los practicantes. Ciertamente la mayor parte de los investigadores y practicantes quieren hacer esto, pero enfrentan ciertos problemas. Las barreras que suelen citar los practicantes son presiones de tiempo y distracciones de los encargados y la necesidad de incentivos adicionales para leer la literatura de los investigadores (Archer, 1991).

Para concluir con el asunto de la importancia de unir la parte científica con la parte práctica es importante mencionar que en la última década, los investigadores y los clínicos se han esforzado en fomentar un ambiente que conduzca a transferir tecnología. Debido a esta necesidad de transferencia de tecnología, se creó una innovación llamada integración investigación-práctica bidireccional (RPI) que se describe relevante para el campo del alcohol (Mattson y Donovan, 1994).

1.5.2 Integración investigación-práctica

Existen factores que impactan el RPI y que pueden actuar como barreras en la adopción de nuevas prácticas basadas en la investigación específicamente en el campo del alcohol. Estos factores incluyen el estigma que hay entorno al uso del alcohol, diversas corrientes en las que la comunidad recompensa el tratamiento más

apropiado, las actitudes de los clínicos, y el único papel que desempeña el cliente en la relación clínica (Backer, David y Saucy, 1995).

Para poder lidiar con estos factores, eliminar las barreras potenciales y además realzar el RPI, se debe utilizar a aquellas personas que crean las políticas así como los recursos de las organizaciones para diseminar los descubrimientos y hacer una prioridad la adopción y utilización de tratamientos aprobados.

1.5.2.1 Un Modelo nuevo RPI

Los investigadores de Kaiser de California Norte y la Universidad de California San Francisco recientemente desarrollaron un Modelo RPI que está basado en: descubrimientos que han sido publicados, la teoría organizacional, y un entendimiento de cómo trabajan los planes de salud.

Este Modelo considera tanto la experiencia en el campo del alcohol como la literatura de transmisión de tecnología, incorpora conceptos como mercadotecnia social, facilidad para el cambio, promoción de la salud planeada versus reactiva, y teorías de difusión de tecnología (Backer et al., 1995; Lehman, Greener y Simpson et al., 2002; Lomas, 1993; Sobell, 1996). Lo distintivo de este Modelo es la relación bidireccional entre ambos factores, los tratamientos del alcohol y la investigación que existe en torno al alcohol. La meta final es mejorar la práctica clínica, incluyendo mejores resultados con los pacientes, y generar preguntas de investigación para los futuros estudios.

Este Modelo es circular y las diferentes etapas pueden repetirse varias veces. Para ilustrar el proceso, uno puede comenzar con el desarrollo de preguntas de investigación.

Una vez que las preguntas han sido generadas y que comparten el mismo interés entre los individuos, los investigadores pueden diseñar y conducir un estudio. Si el estudio prueba efectividad, se pueden realizar cambios en los tratamientos.

Para asegurarse que el tratamiento se adoptará y continuará implementando nuevos servicios e intervenciones, el equipo de investigación debe trabajar cercanamente al programa para dar entrenamiento y asistencia técnica hasta que los administradores del programa y el equipo se sientan cómodos con el nuevo acercamiento. Subsecuentemente, los grupos deben reunirse de vez en cuando para discutir el progreso de los nuevos servicios y asegurar una exitosa adopción de la nueva tecnología. Finalmente, la retroalimentación de los adoptantes recompensa el impacto de una intervención particular y esto debe ser incorporado al desarrollo de nueva investigación, empezando así un nuevo ciclo.

Diferentes factores se pueden volver relevantes durante el RPI y dentro de ellos se encuentran:

Factores organizacionales

Los esfuerzos del RPI para cambiar los tratamientos del alcohol en las organizaciones del cuidado de la salud pueden enfrentar varios retos relacionados con la infraestructura administrativa de la organización. Estos retos pueden ser prioridad por las enfermedades, intereses financieros, problemas en la infraestructura, y la recolección de datos que no está estandarizada en los programas.

Para combatir estos retos, el RPI presentado aquí está centrado en la colaboración entre los investigadores, clínicos y los que toman la decisión dentro de la organización.

Factores del programa

Los intereses acerca de los recursos –como el equipo, el tiempo, espacio y la capacidad de información- puede impedir la adopción de nuevas intervenciones y tecnología en programas de tratamientos individuales. La desconfianza o la falta de familiaridad con el proceso de investigación, así como el poco entusiasmo, también pueden detener el proceso RPI.

Los equipos de investigación deben mantener contacto con los líderes del programa para alentar las actividades de investigación, y además facilitar un ambiente amigable en el programa.

Factores clínicos

Los clínicos involucrados en tratamientos de alcohol representan quizá el más importante grupo en el RPI. Consecuentemente, muchas actividades del RPI tradicionalmente tienen lugar al nivel de los clínicos en las formas de manuales y entrenamiento en el tratamiento. Al mismo tiempo, algunos de los obstáculos para transferir el conocimiento y la utilización están directamente relacionados al papel de los clínicos. Estos obstáculos incluyen, tiempo, diferencias ideológicas, falta de familiaridad con el proceso de investigación, fallas en el modo tradicional de diseminar la información, y diferencias en los datos necesitados por los clínicos. Para vencer estos obstáculos, los investigadores deben ser cuidadosos en involucrar a los clínicos en el proceso de investigación del uso de alcohol, en lugar de sólo presentarles la nueva intervención.

De acuerdo con los propósitos del Modelo RPI de hacer un equipo de investigación en lugar de usar una variedad de estrategias y medios para compartir los descubrimientos de las investigaciones a los clínicos, estas estrategias pueden incluir pequeños grupos de seminarios y sesiones de entrenamiento, teleconferencias, y usar herramientas clínicas apropiadas, como instrumentos de pantalla, y materiales

educativos para los clientes que utilicen estadística relevante y entendible (Sterling, y Weisner, 2006).

Pero, además de la falta de trabajo en equipo por parte de los clínicos y los científicos ¿Por qué la diseminación falla?

1.6 FALLAS DE LA DISEMINACIÓN

Las razones por las que la diseminación falla son muchas y debido a esta variedad, a continuación se enumeraran las más comunes.

Una razón, es la relativa falta de entrenamiento en tratamientos apoyados empíricamente en los programas de predoctorado (maestrías) (Task Force, 1995). La debilidad en cuanto al entrenamiento juega un papel importante en que los clínicos fallen en utilizar protocolos apoyados empíricamente. Muchos clínicos no utilizan los protocolos por que nunca fueron entrenados para utilizarlos. Del mismo modo varios estudiantes no son enseñados a valorar las aproximaciones empíricas al trabajo clínico (Date, 1996). Además, son necesario cambios en los programas de entrenamiento para ambos, jóvenes y clínicos establecidos.

Una segunda razón es que muchos practicantes tienden a restarle importancia a los EAC dentro de su práctica clínica, cuando irónicamente los EAC proveen los datos para establecer los tratamientos empíricamente. Además, en el mundo real los tratamientos son dinámicos y combinados, y los pacientes pueden elegir entrar o no a los tratamientos. Los clínicos son libres de elegir el tratamiento que prefieran y la literatura les da licencia para hacer eso. La población es diversa, los problemas mezclados, y muchos problemas tienen pocos datos disponibles lo que dificulta contar con una guía para un tratamiento efectivo (Persons, 1997).

Una tercera razón por la que la diseminación falla es por que los tratamientos apoyados empíricamente tienden a basarse en expedientes clínicos personales. Los críticos de los tratamientos basados en este tipo de datos, incluyendo los terapeutas de comportamiento, han manifestado que esto les limita su autonomía, y por lo tanto les reduce efectividad. Algunas de estas oposiciones están basadas en conceptos erróneos acerca de los tratamientos basados en datos de expedientes clínicos personales que podrían ser correctos (Wilson, 1997). La rebeldía al cambio podría ser la actitud “yo se más” que muchos practicantes toman contra los tratamientos basados en datos hechos manualmente.

Por último, una cuarta razón es que la psicología social empírica es alcanzada en uno de tres asuntos, sólo un pequeño porcentaje de personas toman tratamiento, y además pueden existir barreras adicionales, como por ejemplo que la aseguradora de las empresas que no están dispuestas a pagar por sesiones fuera de la oficina, o las empresas que limitan los tratamientos a aquellos que la literatura aprueba como necesarios.

Además de las razones que se enumeraron anteriormente, es necesario considerar áreas de importancia que no son tomadas en cuenta y que también interfieren en el proceso efectivo de diseminación como son las siguientes:

1. Los métodos de comportamiento y cognitivos necesitan mejorar su sex appeal. Uno sólo necesita mirar la enorme popularidad de los libros de autoayuda, y la pequeña cantidad de libros que tienen fundamento empírico, para apreciar que tan lejos se tiene que llegar para hacer los métodos accesibles e interesantes. Algo que ayudaría sería aceptar que el lenguaje puede ser inconsistente sobre todo cuando esto nos conduce a caminos diferentes. Cuando se habla científicamente, se tiene que hablar con precisión, pero cuando se habla clínicamente, se tiene que hablar con influencia. Parte del sex appeal de los libros de auto ayuda es que tratan directamente con temas que la ciencia ha

abordado durante mucho tiempo pero en palabras que consideran el lenguaje del lego.

La única forma de evitar esto es desarrollar técnicas de análisis de cualquier tema descritos en lenguaje lego, y utilizar diferentes lenguajes que vayan de acuerdo a la moda de l momento, dependiendo de la audiencia y del propósito. Esto no es sencillo y requiere de mucha imaginación. Como se discutió en la columna anterior (Hayes, 1998), la terapia de comportamiento está muy débil en está área pero si se trabaja cuidadosamente sobre el sex appeal esto puede funcionar.

2. La aceptación de los clínicos es muy baja, especialmente en los niveles más altos. Uno podría pensar que los clínicos con un nivel superior, estarían entrenados en métodos de apoyo científico, por ejemplo, pero la realidad es que esto no sucede así. Además, los clínicos por lo regular hacen lo que es divertido para ellos y no lo que es efectivo.
3. Los clientes y los medios por lo regular buscan diferentes aproximaciones. Por lo regular se quejan de que se les malentiende, y, que si el público les diera una oportunidad, serían bien recibidos. Esto tiene algo de verdad pero el problema es más profundo. Los clientes y los medios buscan otras aproximaciones porque les ofrecen un inmediato recurso humano. Por lo tanto el problema tres deriva del problema uno.
4. Se está muy divididos, siempre se piensa que cuando la cognición se muestra como importante el comportamiento se ve amenazado y cuando se le da importancia al comportamiento la cognición se ve amenazada. Más que pensar que una de las variables se ve amenazada, se debería pensar en desarrollar Modelos integrativos que consideren las dos variables.

5. Las relaciones públicas y esfuerzos promocionales son muy rudos.
6. La sociedad apenas está empezando a definir calidad en términos empíricos.
Existen otras razones para que la diseminación sea tan débil, todavía no se aprende a conducir investigaciones efectivas.

Por último es importante considerar que existe otro factor que interfiere en el proceso de diseminación y que también provoca que éste falle, es decir, las barreras. “Las barreras son obstáculos de diversa índole que no permiten la comunicación entre los investigadores y los usuarios y, por ende, impiden que las innovaciones se adopten” (Ayala et al., p. 30)

Entre estas tenemos:

- *Diferentes estructuras conceptuales*: por ejemplo aquellas que surgen del encuentro entre disciplinas diferentes y el posible usuario.
- *Barreras institucionales*: son las que impiden el cambio de las políticas de salud, como por ejemplo la falta de apoyo a ciertas innovaciones.
- *Barreras estructurales*: son las que surgen cuando la estructura de una investigación no corresponde a las necesidades de los usuarios, fundamentalmente en términos del tiempo que se necesita para realizar la primera en comparación con la urgencia característica del trabajo clínico.
- *Obstáculos físicos*: estos existen cuando los escenarios de la investigación y de la práctica clínica están en diferentes lugares.
- *Barreras profesionales*: son cuando los investigadores tratan de desarrollar intervenciones efectivas y metodologías rigurosas, así como la demostración de las condiciones en que son útiles, mientras que los clínicos se interesan en identificar las intervenciones efectivas para sus clientes (Ayala et al., p. 30-31)

1.7 ¿QUÉ HACER CUANDO LA DISEMINACIÓN FALLA?

Un primer paso es considerar que la diseminación puede mejorar incrementando el acceso de los clínicos a la información acerca de las innovaciones con soporte empírico (Beutler, Williams, y Wakefield, 1995). Esta necesidad puede cubrirse si se publican los protocolos empíricos, por ejemplo en videocasete y otros materiales que orienten, describan e ilustren la eficacia de los tratamientos.

Se sabe que la diseminación es bien recibida si se da a los individuos que tienen la necesidad de buscar una solución a un problema particular que la innovación involucra. Este hecho sugiere que un camino poderoso para lograr la diseminación es informar a los consumidores acerca de la innovación.

De lo que se sabe sobre alcanzar una calidad en la implementación (Backer, 1995; Dusenbury, Brannigan, Hansen, Walsh, y Falco, 2005), se consideran importantes las siguientes variables: 1) dosificar – tener una suficiente exposición al programa-, 2) adherencia –seguir los métodos del programa y completar su entrega a través de manuales-, 3) calidad del proceso –compromete a los estudiantes a una participación activa-, 4) adaptación –modificar el programa para encontrar necesidades culturales o de desarrollo. Además, otros asuntos pueden explicar el éxito o fracaso de un programa: 5) las actitudes de los maestros ante el programa, 6) el entendimiento que los maestros tengan de los conceptos y 7) la experiencia pasada de los maestros. Si se utilizan estos pasos en el proceso de diseminación quizá los resultados sean mejores.

Enfocarse en los consumidores de los tratamientos podría ayudar (Persons, 1997). Sin embargo, la mejor esperanza para avanzar en el uso de apoyo empírico es mejorar el entrenamiento de los profesionales de la salud mental (McCarty, Edmundson y Hartnett, 2006).

Las barreras que impiden una diseminación efectiva deben identificarse y confrontarse (Crosswaite y Curtice, 1994). Se necesita escuchar que es lo que los practicantes dicen y hacer los productos clínicamente más relevantes (Dies, 1983).

Muchas de las recomendaciones pueden implementarse sin ningún costo económico y en un tiempo corto. Los nuevos procedimientos que demuestren eficacia deberían ser enseñados en talleres, y la información obtenida de los tratamientos debería publicarse en revistas profesionales.

Finalmente, podemos mejor promover la adopción de cosas empíricas haciendo los protocolos más “amistosos”. Esto llevaría a tener una mejor guía práctica y dirigiría a los practicantes a un mejor encuentro con las dificultades de la práctica (Wilson, 1997). Hasta ahora, el apoyo empírico se ha enfocado en los contenidos y aspectos técnicos de las intervenciones. La siguiente generación debería enfocarse también en los tratamientos no específicos (Addis, 1997).

Una de las tareas más importantes de los terapeutas en los próximos años es diseminar las innovaciones. Si se pudiera alcanzar esta meta exitosamente se habrá conseguido una contribución importante al alivio del sufrimiento humano. Para mejorar este problema y poder vencer los obstáculos de la diseminación se necesita hacer más, mejor y más creativa investigación de la diseminación ahora.

CAPÍTULO II MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA

Una vez analizado lo referente al proceso de diseminación de las innovaciones, es preciso adentrarnos en el campo de la innovación que se trató de diseminar, en este caso el *Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. “Este Modelo se fundamenta en el programa de *Autocambio dirigido* desarrollado por los Drs. Sobell de la Addiction Research Foundation en Toronto Canadá y ha sido adoptado para su uso en México” (Echeverría, Ruiz, Salazar y Tiburcio, 2005, p. 64). “El material original del tratamiento se escribió en inglés y después de una traducción cuidadosa..., los materiales se evaluaron con clientes que hablan español” (Lozano-Blanco, Sobell y Ayala, 2002, p. 259). Para conocer el Modelo se tiene en primer instancia que definirlo, analizar cuáles son las etapas que lo componen, el marco teórico a través del cual se fundamenta, así como las

investigaciones que sustentan al Modelo, es decir, los resultados positivos que ha arrojado la aplicación del mismo.

2.1 DEFINICIÓN

Así, *El Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema* es un tratamiento de corte cognoscitivo-conductual, de modalidad breve que es aplicado a usuarios que presentan una dependencia baja o media al consumo de alcohol (Sobell y Sobell, 1993b; Ayala y cols., 1995, cit. Ayala, Echeverría,, Sobell y Sobell, 2001), así mismo es una intervención motivacional que se basa en los principios de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991, cit. Ayala et al., 2001). De esta manera el Modelo tiene como objetivo el ayudar a los usuarios a que se comprometan en la modificación de su propia conducta, a reconocer y usar su fuerza y recursos para cambiar el patrón de consumo excesivo de alcohol que manifiestan. Por lo tanto con la aplicación del Modelo el usuario desarrolla una estrategia de solución de problemas, la cual puede generalizar en otro tipo de dificultades (Echeverría et al., 2005).

2.2 ELEMENTOS CLAVE QUE CONFORMAN EL MODELO

Dentro de la definición del Modelo se encuentran palabras clave que es preciso desarrollar para que de esta manera se pueda entender mejor, estos términos son: tratamiento de corte cognitivo-conductual, intervención breve, entrevista motivacional y bebedores problema.

a) Tratamiento de corte cognitivo-conductual

La terapia cognoscitiva conductual busca modificar o alterar patrones de pensamiento que contribuyen a los problemas del paciente. Además de que pueden emplear los principios del condicionamiento y del aprendizaje para lograr la modificación de dichos

comportamientos (Trull y Phares, 2003). Para que de esta manera el objetivo terapéutico sea el cambio de la conducta manifiesta a través de un específico enfoque metodológico de tratamiento que tenga como finalidad el fomentar conductas socialmente apropiadas eliminando las conductas inapropiadas (Medina, Moreno y Lillo, 1997).

Así los tratamientos de este corte se designan básicamente para desarrollar habilidades de afrontamiento, restaurar la autoeficacia y crear atribuciones más constructivas en la vida del sujeto (Mc Crady, Rodríguez y Otero-López, 1998).

Las técnicas empleadas en este tipo de terapia tienen una gran cantidad de sustento empírico (Smith y cols, 1980; Hollon y Beck, 1994, cit. Trull y Phares, 2003), además de que son las más efectivas en el área de las adicciones de todas las intervenciones psicológicas (Trull y Phares, 2003).

b) Intervención breve

El *Modelo* es del tipo de una “intervención breve”, lo cual incluye una extensa gama de actividades que van a variar en su contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados, etc. Para esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la “intervención breve” de la siguiente manera: “estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol (drogas) que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles problemas. Esta intervención está dirigida a individuos que no han desarrollado dependencia severa” (cit. Echeverría et al., 2005, pp.33-34). Por lo que la “intervención breve” resulta idónea para los bebedores problema.

Otra definición de intervención breve es la propuesta por Wells, R. (1993, p. 5 cit. Cooper, 2001, p. 185) que la cita de la forma siguiente: “la intervención breve se comprende mejor como el uso deliberado de una cantidad limitada de técnicas y principios conceptuales, aplicados en forma enfocada y propositiva”.

De manera general, todos los tipos de intervenciones breves cuentan con una serie de características técnicas entre las que se destacan las siguientes: a) determinación y mantenimiento de un enfoque claro y específico; b) el uso concienzudo (y por lo general) flexible que se hace del tiempo; c) metas limitadas con resultados bien definidos; d) enfocarse en el estrés y en los síntomas presentes; e) una rápida evaluación inicial realizándose una integración de la misma durante el tratamiento; f) se realizan revisiones rutinarias del progreso y el abandono de intervenciones que resulten inefectivas; g) Se requiere de un alto nivel de actividad por parte del paciente y del terapeuta; h) la creación de un ambiente que sea seguro y confortable para la expresión emocional por parte del cliente; i) se hace un uso práctico y ecléctico de las técnicas de tratamiento ((Bloom, 1992; Cooper, 1995; Koss y Butcher, 1986; Koss y Shiang, 1994; Pekarik, 1990b; Wells, 1993, cit. Cooper, 2001).

De manera específica las intervenciones breves, en las adicciones, se caracteriza por: a) se asume que el sujeto puede cambiar su consumo de alcohol con un poco de ayuda; b) se le motiva a abandonar el consumo de alcohol problemático creando una discrepancia entre su nivel de consumo actual y las metas que el usuario desea alcanzar; c) se le ayuda a reconocer toda la problemática que se genera por el consumo de alcohol; d) es una intervención diseñada para sujetos que no presentan una dependencia severa al alcohol, pero que si presentan problemas en su forma de consumirlo y e) la meta del tratamiento es la moderación o la abstinencia y el usuario tiene en sus manos el control voluntario de la conducta de beber eligiendo él mismo su meta de consumo (Ayala et al., 2003).

c) Entrevista motivacional

Una característica muy presente y distintiva de los trastornos adictivos (abuso de alcohol) es la negación del problema o la minimización del mismo. Así la consulta por propia iniciativa del cliente es poco frecuente, incluso hay quienes acuden inicialmente, pero al cabo de unas sesiones abandonan el tratamiento. Por lo tanto la motivación para la terapia constituye el reto más importante del futuro (Becoña, 1998; Echeburúa y Corral, 1988 cit. Echeburua, 2001). Por lo que ha resultado de gran influencia en la evolución del Modelo la investigación acerca de las etapas de cambio y la intervención motivacional (Di Clemente y Prochaska, 1982; Miller, 1985; Sobell y Sobell, 1998, cit. Lozano-Blanco et al., 2002).

La motivación para el tratamiento es el motor del cambio y la piedra angular del éxito (Echeburua, 2001), entendiéndose por motivación a la “probabilidad de que una persona acepte participar, continúe, se adhiera y se mantenga en tratamiento” (Miller y Rollnick, 1991, cit. Echeverría et al., 2005, p. 52; Torres, Balcells y Yahne, 2003, p. 37), así mismo no se debe de considerar como una característica de personalidad o como un rasgo que permanece estable sino “como un estado de disposición para el cambio que puede fluctuar de una situación a otra o de un tiempo a otro” (Echeverría et al., 2005, p. 52).

La rueda del cambio es una excelente herramienta para identificar o evaluar la disposición que tiene el usuario a un nuevo estilo de vida y así poder elegir la estrategia más adecuada de aproximación al cliente. Según Prochaska y Di Clemente (1983, cit. Echeburua, 2001; Miller y Rollnick, 1999; Prochaska y Di Clemente, 1982 cit. Echeverría et al., 2005) proponen que hay ciertas etapas en el proceso de la motivación para el cambio:

- ❖ ETAPA 1: *Precontemplación o falta de conciencia del problema*, en la cual no se considera la posibilidad de cambiar, el usuario no ha identificado o aceptado

que tiene un problema con su consumo de alcohol y que no necesita de ayuda alguna para resolverlo, ya que no existe ningún problema para él. Las ventajas que presenta el consumo del alcohol superan con creces a los posibles inconvenientes que pueden aparecer de vez en cuando.

- ❖ ETAPA 2: *Contemplación o valoración del problema*, en ésta reconoce que sí tiene un problema con el alcohol, pero se encuentra en un momento de ambivalencia, en el cual sí considera la posibilidad de un cambio, pero a la vez lo rechaza.
- ❖ ETAPA 3: *Determinación o decisión de cambiar*, aquí el usuario se encuentra a favor del cambio y se considera estar “motivado” para el tratamiento. Es el momento adecuado para iniciar el tratamiento pertinente.
- ❖ ETAPA 4: *Acción o inicio de cambio*, durante esta etapa se ocupa de acciones particulares para cambiar su consumo.
- ❖ ETAPA 5: *Mantenimiento*, se trata de que el cambio que se realizó se mantenga. Que incorpore a su repertorio de conductas los cambios aprendidos. Estas nuevas conductas se logran estabilizar en un período de 3 a 12 meses si es que no se ven afectadas por recaídas.
- ❖ ETAPA 6: *Recaída*, el resultado del tratamiento depende de las acciones que se tomen cuando se presentan las recaídas; si se llegaran a presentar es la ocasión para reevaluar y detectar en que momento falló la estrategia propuesta, es entender la recaída como una fuente de aprendizaje y ayudar al cliente a encontrar soluciones alternativas al consumo.

El progreso a través de todas estas etapas es circular o en espiral y no de manera lineal, por lo que el cliente puede pasar por las diferentes etapas varias veces (Torres et al., 2003).

En definitiva, el grado de disposición para el cambio que presente el usuario viene indicado por la percepción de la naturaleza de sus dificultades y por sus propias expectativas de mejorar su bienestar de una manera general (Echeburua, 2001).

Es necesario considerar al inicio de la intervención que el usuario debe estar instalado en la etapa tres, ya que esta etapa es necesaria para que la motivación realice su función, pero si por alguna razón, el cliente se encuentra en la etapa 1 o 2 el terapeuta tendrá que utilizar las herramientas necesarias para que el usuario se mueva de etapa (Echeverría y Loma, 2000). Así el terapeuta cuenta con la entrevista motivacional para lograr este objetivo, entrevista propuesta por William Miller y Stephen Rollnick la cual se puede definir como “una entrevista semiestructurada con un estilo de asistencia directa y centrada en el cliente, la cuál tiene como objetivo principal provocar un cambio en el comportamiento y sobre todo, ayudar a explorar y a resolver la ambivalencia del cliente” (Torres et al. 2003, pp. 35-36), ya que ésta es una caja de herramientas para aumentar la motivación y por lo tanto sus principios son:

- A) Empatía expresada: significa aceptar incondicionalmente al cliente, esto facilita el cambio, utilizar la escucha reflexiva para generar confianza y seguridad (Miller y Rollnick cit. Torres et al., 2003)
- B) Fomentar la diferencia: es percibir la discrepancia que se da entre dónde está y entre dónde quiere estar el cliente.
- C) Evitar argumentación: se trata de impedir que se dé por parte del terapeuta una argumentación irreal de la problemática del cliente, para no crear resistencias en él.
- D) Darle un giro a la resistencia: es la manera en que el terapeuta va a manejar la resistencia que el cliente presente. Se trata de proponer alternativas o sugerencias al cliente y no se trata de imponer nada (Miller y Rollnick, 1983, 1991 cit. Echeverría y Loma, 2000).
- E) Apoyar la auto-eficacia: se debe persuadir al cliente que el cambio sí se puede lograr, creer en él. El paciente tiene que hacerse responsable de realizar lo necesario para lograr el cambio, se le debe de inyectar de esperanza dentro de

todas las posibles alternativas que haya pero sin crear falsas expectativas de cosas que no se puedan cumplir (Miller y Rollnick, cit. Torres et al., 2003).

Además de estos principios básicos Miller y Rollnick (1983, 1991 cit. Echeverría y Loma, 2000) proponen 6 elementos para aumentar la motivación:

1. *RETROALIMENTACIÓN*. Hacerle saber al cliente las consecuencias que tendrá si continúa con su consumo actual. También dar esta retroalimentación por medio de resultados de pruebas de laboratorio (ver su estado actual de salud), pruebas objetivas (instrumentos de evaluación) y auto-monitoreos (sobre su consumo).
2. *RESPONSABILIDAD*. El cliente es el único que tiene la responsabilidad y la libertad de tomar la decisión de su cambio. El terapeuta sólo lo irá guiando durante el tratamiento.
3. *CONSEJO*. Debe ser claro y directo para proporcionarle al cliente cuál es la necesidad de llevar a cabo un cambio y de la manera en cómo se puede lograr éste. El consejo debe identificar el problema, y el terapeuta debe asistir al cliente en la solución práctica de los problemas. Este consejo es diferente de ordenar, dirigir o coercionar.
4. *MENÚ DE OPCIONES*. EL cliente debe saber que existen diversos caminos, los cuáles puede tomar y tiene la libertad de elegir la alternativa que le ayudará a obtener el éxito en su cambio. Un ejemplo de estas opciones es elegir la meta del tratamiento: moderación o abstinencia.
5. *EMPATÍA*. Ser descrita como “la habilidad de saber lo que siente otro” (Coleman, 1997, cit. Echeverría y Loma, 2000, p.43). Los terapeutas empáticos suelen mostrar las siguientes características: ser cálidos, simpáticos, atentos y con actitud de ayuda.
6. *AUTO-EFICACIA*. Para Coleman (1997, cit. Echeverría y Loma, 2000, p. 43) es la “creencia de que uno tiene dominio sobre los acontecimientos de la vida y puede aceptar los desafíos tal como se le presentan”. Así esta actitud hace que

el cliente tenga más probabilidades de utilizar de manera adecuada sus habilidades o que haga lo necesario para desarrollarlas.

Hay otras estrategias que propone Echeburua (2001) que pueden llegar a contribuir a mantener la motivación del usuario al tratamiento:

- a) Eludir el término “alcoholismo”, cuando se refiera a la problemática del usuario.
- b) Implicar a los familiares en el tratamiento.
- c) Utilizar tareas de tipo conductual y autorregistros para obtener una retroalimentación de su conducta en cuanto a los progresos obtenidos y sean un aviso temprano de las situaciones de riesgo que aparezcan.

d) Bebedores problema

Como se mencionó anteriormente, el Modelo se aplica a los denominados “bebedores problemas”, los cuales se pueden definir como “aquellas personas que tienen problemas identificables cuando consumen alcohol, pero no han experimentado los síntomas mayores de abstinencia al alcohol. Este tipo de bebedores existe en número superior a los bebedores con dependencia severa” (Calahan y Room, 1974; Fillmore Y Midanik, 1984; Polich y cols., 1981; Vaillant, 1983, cit. Echeverría et al., 2005, p.19). Este calificativo, es de uso anglosajón y pretende designar “un consumo de alcohol que comporte problemas físicos, psíquicos y sociales, sin que se pueda hablarse teóricamente de dependencia” (Rodríguez-Martos, 1989, p.5).

Cuando las personas tienen un problema con la forma de beber alcohol con frecuencia se les denomina “personas que abusan del alcohol” (Sarason y Sarason, 1996 p. 425) y bajo estas circunstancias el DSM-IV (2002, p.225) define lo que es abuso de la siguiente manera “ la característica esencial del abuso de sustancias (en este caso alcohol) consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias

manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias (alcohol)” .

Para que se pueda realizar un diagnóstico de abuso de alcohol, el problema relacionado con la sustancia debe haberse producido de una manera persistente o haberse repetido de manera continua durante un período de 12 meses, y cita como criterios diagnósticos para el abuso del alcohol los siguientes puntos: A) 1.- Incumplimiento de obligaciones importantes, 2.-Consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, 3.- Problemas legales múltiples y 4.-Problemas sociales e interpersonales recurrentes; B) No incluye la tolerancia, la abstinencia ni el patrón compulsivo y sí las consecuencias dañinas del consumo repetido (DSM-IV, 2002 pp. 225-226). Para otros el abuso significa un uso excesivo, un mal uso. Y lo definen como la “utilización de una sustancia de forma que resulta desviada respecto de su uso habitual, es decir, de aquella utilidad que se le ha atribuido originalmente, bien se trate de una desviación cualitativa o cuantitativa” (Laubenthal, 1964; Feuerlein, 1984, cit. Rodríguez-Martos, 1989, p.5).

De esta manera el Real Colegio de Psiquiatría Británico (cit. Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain, 1998, p. 5) define abuso como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”. Para la OMS el abuso encierra 4 criterios diferentes los cuales son: 1) *Uso no aprobado*, es cuando el consumo de la sustancia está legalmente sancionado, por ejemplo cuando se está trabajando con maquinaria de precisión; 2) *Uso peligroso*, refiriéndose al consumo de la sustancia cuando se está en una situación de riesgo orgánico (por ejemplo, consumir alcohol estando enfermo del hígado) o en un momento inoportuno (por ejemplo consumir alcohol antes de conducir un automóvil). Puede estar o no sancionado legalmente; 3) *Uso dañino*, se da cuando hay un consumo de sustancias por personas en situaciones vitales que conllevan a una disminución importante o total la tolerancia a las mismas, por ejemplo mujeres embarazadas (para el feto), o en niños. En estos

tres criterios la relación entre uso y abuso se establece por un diferencial cuantitativo; y 4) *Uso que comporta una disfunción*, es un “patrón desadaptativo de consumo” ya sea por la prioridad que toma la administración de la sustancia y/o por los excesos cuantitativos puntuales que se realizan, por lo cual nos lleva a una alteración del funcionamiento personal: a nivel psicológico y social (Lorenzo et al., 1998). Para el sistema CIE-10 (1993) abuso es sustituido por el término consumo perjudicial y lo define de la siguiente manera: “forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental (daño para la salud)” y uno de los criterios diagnósticos es la existencia de consecuencias sociales adversas como lo pueden ser las detenciones policiales, problemas en el matrimonio o deterioro del rendimiento laboral.

Para Sobell y Sobell (cit. Lorenzo et. al., 1998) algunas de las características de los bebedores problema son: a) No tienen historia de sintomatología de abstinencia importante; b) Su biografía demuestra una historia de bebedor que se remota a unos 5 años, y muy raramente a más de 10 años; c) Se mantiene todavía en una cierta estabilidad sociofamiliar y económica; d) Mantienen su autoestima y no aceptan identificarse como alcohólicos; e) Para incluirlos en programas de tratamiento se les presenta un dilema motivacional: por una parte reconocen que por el camino que van pueden llegar a pérdidas importantes de todo tipo, pero por otra parte consideran que las condiciones actuales no son tan malas como para justificar medidas excepcionales y poder asumir los esfuerzos y los sacrificios que comporta el dejar de beber y someterse a tratamiento Así mismo una definición que es de mucha ayuda desde un punto de vista clínico, es definir a un bebedor problema como aquella persona que cumple con los siguientes criterios: a) Beber más de los límites de 12 tragos estándar (hombres adultos) o 9 tragos estándar (mujeres adultas) por semana; b) Bebe más de 4 tragos estándar por ocasión; c) Puede haber desarrollado problemas de tipo físico o de tipo social como un resultado de su consumo de alcohol y d) No presenta características clínicas que nos indiquen una dependencia severa al alcohol (Echeverría et al., 2005), entendiéndose por dependencia al alcohol a “ un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo

continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingesta compulsiva de la sustancia” (DSM-IV, 2002, p. 218). Así mismo se puede definir como un grupo de tres o más de los síntomas enumerados a continuación, que aparecen en cualquier momento dentro de un período de 12 meses: 1) Tolerancia, “es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis”; 2) Abstinencia, “cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o en los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Después de la aparición de los desagradables síntomas de abstinencia, el sujeto toma la sustancia a lo largo del día para eliminarlos o aliviarlos, normalmente desde que se despierta. Los síntomas de abstinencia, que son generalmente opuestos a los efectos agudos de la sustancia” (DSM-IV, 2002, p.220). El síndrome de abstinencia incluye dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (por ejemplo, sudoración o pulsaciones por encima de 100), insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad y crisis epilépticas (DSM-IV, 2002, p. 243), así como temblor distal de las manos, lengua o párpados, intranquilidad o debilidad, estado de ánimo depresivo, irritabilidad, cefaleas (Mack, Franklin y Frances, 2003). Los siguientes criterios se refieren al patrón de uso compulsivo: 3) el sujeto toma la sustancia en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo originalmente pretendido; 4) Expresar el deseo persistente de regular o abandonar el consumo de la sustancia; 5) Dedicar mucho tiempo a obtener la sustancia, a consumirla y a recuperarse de sus efectos; 6) Todas las actividades de las personas giran virtualmente en torno a la sustancia. Pueden abandonarse o reducirse importantes actividades sociales, laborales o recreativas por el consumo de alcohol; 7) A pesar de reconocer la implicación de la sustancia en un problema tanto psicológico como

fisiológico continúe consumiendo alcohol (DSM-IV, 2002, p. 221). Aunque no está incluido en los criterios diagnósticos, existe en la dependencia una “necesidad irresistible” de consumo (craving). Una vez visto los criterios diagnósticos es importante sólo mencionar que existen tres tipos de dependencia: la física, la psicológica y la social, elementos complementarios e interactuantes en una misma persona (Lorenzo et al., 1998).

2.3 SESIONES QUE COMPRENDE EL MODELO

Este *Modelo...* consiste básicamente en una serie de lecturas y ejercicios los cuales tienen como objetivo primordial el apoyar el cambio en el patrón de consumo de alcohol que el usuario tiene en la actualidad. Consta de 6 sesiones (Echeverría et al, 2005; Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1998), las cuales son:

2.3.1 Sesión 1: Admisión

Durante esta sesión se trabaja con la disposición que presenta el cliente o usuario (se utiliza este término a lo largo del escrito ya que el término paciente refleja una orientación médica hacia la conducta desviada a la que han objetado los postulantes de la modificación de la conducta) (Kazdin, 1996) para el cambio, es decir, identificar en qué etapa del proceso de cambio de Prochaska y Di Clemente se encuentra (Echeverría et al., 2005; Echeburua, 2001).

Es importante evaluar que el usuario tiene que estar en la etapa 3 de “determinación” si es que se quiere empezar a intervenir, ya que se encuentra en la etapa de cambio necesaria para que la motivación realice su función, pero si el cliente se encuentra en la etapa 1 de “precontemplación” o en la 2 de “contemplación” el terapeuta tiene que hacer todo lo posible para que el usuario se mueva de etapa, por lo cual durante esta sesión se empieza a sondear con el usuario cuáles son las

consecuencias de su consumo para así lograr el cambio de etapa y empezar propiamente el tratamiento.

Durante esta sesión tenemos que preguntar cuales son los motivos por los cuáles esta acudiendo a tratamiento.

Se requiere realizar una historia clínica de su consumo de alcohol, preguntando principalmente su frecuencia, la cantidad así como la intensidad del mismo.

Se determina si el cliente tiene características clínicas que sugieran una dependencia severa, ya que de ser así, es muy difícil que entre al tratamiento. Dentro de estas características encontramos las siguientes:

- Presentar síntomas del síndrome de abstinencia, como temblores, sudoración, ataques.
- Su consumo es muy elevado, más de 30 tragos por semana.
- Rara vez bebe de manera moderada.
- Presenta consecuencias médicas severas como cirrosis, demencia alcohólica o sangrado.
- Ya tiene consecuencias psicosociales severas como puede ser la pérdida de empleo o divorcio.

Empezar a determinar cuáles son las contraindicaciones para consumir alcohol, como pueden ser:

- Condiciones físicas: embarazos, úlcera péptica, pancreatitis, convulsiones, etc.
- Condiciones sociales: la pareja amenaza con la separación, intoxicación, prohibición legal o libertad bajo fianza.

Se realiza también una historia adicional sobre los siguientes rubros:

- Uso de drogas psicoactivas.
- Su historia familiar sobre el uso y abuso de sustancias.
- Violencia familiar
- Consumo de alcohol y situaciones de alto riesgo como conducir o utilizar maquinaria (Echeverría et al., 2005).

También se lleva a cabo una evaluación del nivel de dependencia que presenta el usuario, a través de la aplicación del instrumento Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA), que valora las consecuencias por el abuso de alcohol, es decir, medir los elementos de dependencia propuestos por Edwards y Gross (1976 cit. Echeverría et al., 2005). Una vez aplicado se califica y se interpreta de la siguiente manera:

- Si obtiene 0-10 puntos significa que el usuario presenta una dependencia baja.
- Si obtiene 11-25 puntos significa que el usuario presenta una dependencia media.
- Si obtiene 26-45 puntos significa que el usuario presenta una dependencia alta.

Por lo tanto el usuario debe de presentar un puntaje menor a 26 puntos para poder ser candidato al Modelo.

Se aplica la subescala de pistas A y B, de la batería de Halstead-Reitan, la cual pertenece al área de las pruebas neuropsicológicas. Esta subescala nos podría indicar o dar indicios de que exista daño cerebral o una incapacidad neuropsicológica, producto de un consumo de alcohol catalogado como dependencia. Si la subescala (pista A y B) se realizan de manera correcta y en el tiempo indicado, el usuario es un buen candidato al Modelo, si no lo hace de esta manera el usuario no es un buen candidato al programa porque se ha demostrado que los usuarios obtienen resultados pobres en tratamientos de corte cognitivo-conductual por la dificultad de comprensión de los materiales de lectura y ejercicios (Echeverría et al., 2005).

Se requiere preguntar acerca de su historia de síntomas físicos o sugerir, si es el caso, exámenes médicos, en donde se les pide que se realicen pruebas de laboratorio acerca de la GGT (Gamma Glutamil Transferasa), el VCM (Volumen Corpuscular Medio) y el HDL (Colesterol de Alta Densidad) ya que estas pruebas ayudan a determinar si el cliente tiene un consumo crónico y/o agudo.

Se determina la categoría de riesgo por alcohol del cliente. Con toda la información obtenida se puede determinar si es un bebedor problema y si lo es se utiliza “La guía para personas que quieren cambiar su manera de beber”. Además se llena el cuestionario de pre-selección, ya que este permite identificar con más claridad si el usuario cubre con los criterios de inclusión para el Modelo como son: mayor de 18 años y menor de 70 años, saber leer y escribir, tener un domicilio permanente, un trabajo, vivir con su familia, no presentar síntomas de dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, delirium tremens), que acuda por voluntad propia y no consuma heroína, no acudir a otro programa de tratamiento, que no exista alguna contraindicación médica para el consumo de alcohol y estar dispuesto a participar en el Modelo, toda esta información nos permite ver si el usuario es candidato para el tratamiento o se debe canalizar a otro lugar.

Se le entrega y explica al usuario el formato de consentimiento de acuerdo mutuo.

Al finalizar la sesión se hace un resumen de lo ocurrido en la misma.

Se abre un expediente para cada uno de los usuarios como un medio de control y tener un orden de los mismos, y así poder revisar cuando uno quiera toda la información acerca del usuario (Echeverría et al., 2005; Ayala et al., 1998).

2.3.2 Sesión 2: Evaluación

“La evaluación debe verse como un proceso continuo e interactivo que ocurre antes, durante y después del tratamiento” (Echeverría et al., 2005, p. 62). De esta manera este proceso permite cuantificar el problema que quiere modificarse así como medir la respuesta a la intervención. Con toda la información obtenida del cliente, el terapeuta tiene en sus manos una base de datos que le permiten evaluar la viabilidad de las estrategias iniciales, establecer junto con el usuario la meta del tratamiento, y medir la precisión de la valoración inicial.

Las actividades a realizar durante esta sesión son las siguientes:

Investigar de nueva cuenta con el usuario sobre la cantidad y frecuencia de su consumo de alcohol así como el posible consumo de otras drogas, empezar a identificar las situaciones y los estados de ánimo que anteceden y siguen al uso de sustancias, averiguar la historia de los posibles síntomas de la abstinencia al alcohol y ver si hay problemas médicos asociados o exacerbados por el uso de sustancias.

Identificar las posibles dificultades por las que ha atravesado el usuario cuando se abstiene de consumir alcohol, ver la severidad y duración del abuso de la sustancia previo a la sesión con preguntas como las siguientes: cuándo empezó el consumo, cuándo empezó a ser excesivo su consumo, cuándo iniciaron los problemas por el abuso de el alcohol, cuáles han sido las consecuencias relacionadas con el uso de el alcohol, por citar un ejemplo.

Preguntar acerca de los períodos de abstinencia, con los cuáles se puede revisar sus éxitos y fracasos, para poder obtener información de cuales son las cosas o circunstancias que favorecen el éxito de la abstinencia y con esas experiencias de dominio previo aumente su dominio acerca de su propia conducta y por lo tanto aumente su autoeficacia (Echeverría et al., 2005; Ayala et al., 1998).

Otra actividad es la aplicación de instrumentos que nos brindan información muy valiosa acerca del cliente, entre ellos tenemos:

- a) Entrevista Inicial: es la aplicación de una entrevista estructurada, la cuál brinda información de áreas como son los datos de identificación, salud física, historia de consumo, situación laboral, consumo de tabaco y las consecuencias adversas al uso de sustancias (donde se explora el daño en áreas como son la física, cognitivo, afectivo, problemas interpersonales, agresión, problemas legales, problemas financieros)(Echeverría et al., 2005).

- b) Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE): mediante este instrumento se mide el patrón de consumo (cantidad y frecuencia) antes, durante y después del tratamiento mediante los tragos estándar. Básicamente los datos que arroja son el número total de días de consumo y abstinencia, número total de tragos estándar consumidos en el año, por mes y por día, promedio de consumo por día, porcentaje de días de abstinencia, porcentaje de días de consumo moderado (1-4 tragos estándar), de consumo excesivo (5-10 tragos estándar) y de consumo muy excesivo (más de 10 tragos estándar) (Sobell y Sobell, cit. Echeverría et al., 2005).

- c) Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA): es un cuestionario de auto reporte que tiene 100 reactivos y se utiliza para medir las situaciones en las que las personas beben en forma excesiva el año anterior a iniciar un tratamiento (Annis y Graham, 2001). Se divide en dos grandes categorías las situaciones que involucran estados personales (intrapersonales) y las situaciones que involucran a otras personas (interpersonales); a su vez las intrapersonales se dividen en 5 subcategorías (emociones placenteras, incomodidad física, emociones desagradables, probando autocontrol sobre el alcohol y necesidad de consumir) y las situaciones interpersonales se dividen en 3 subcategorías (conflicto con otros, presión de otras personas y momentos placenteros). Se califican las 8

subcategorías, de cada una de ellas se obtiene un puntaje final que es conocido como “índice de problema” y este va de 0 a 100 puntos, el cual nos indica la magnitud del problema que se presenta en esa subcategoría, asociando con esta un consumo excesivo. Los puntajes de 0 indican bajo riesgo, un puntaje de 0 a 33 puntos indica que existe un riesgo moderado, un puntaje de 34 a 66 puntos indica un alto riesgo para esa situación y un puntaje de 67 a 100 puntos indica que hay un muy alto riesgo de consumir en las situaciones de esa subcategoría (Annis y Kelly, 1984, cit. Echeverría et al., 2005).

- d) Cuestionario de Confianza Situacional forma breve (CCS): es un instrumento que consta sólo de 8 reactivos, es paralelo al ISCA, y contiene las mismas 8 subcategorías. Para Bandura (1977, 1986, cit. Echeverría, et al., 2005, p119) la autoeficacia es la “creencia que tiene el individuo sobre su habilidad para afrontar en forma efectiva situaciones de alto riesgo”, por lo tanto es lo que mide este instrumento, el grado de confianza que tiene el usuario en cada una de las 8 subcategorías (situaciones de alto riesgo relacionadas con el beber en exceso). Se califica y se interpreta cada una de las 8 subcategorías, cada puntaje puede ir de 0 a 100%, lo que nos indica el grado de confianza, un 0% indica poca confianza para dejar de beber en esa situación (subcategoría) y por lo tanto se consideraría una situación de alto riesgo, por otro lado un puntaje de 100% nos indicaría que el usuario tiene mucha confianza para dejar de beber en esa situación y por lo tanto es una situación de bajo riesgo (Annis y Kelly, 1984, cit. Echeverría, et al., 2005). Lo que se espera es que haya una correlación negativa en estos dos últimos instrumentos.

Se le hace entrega de los autorregistros y se le explica que es un automonitoreo en el cual debe de ir anotando la siguiente información: episodios de consumo, cantidad, frecuencia e intensidad de la conducta de consumo, circunstancias asociadas con el consumo (ejemplo, el lugar, su estado de ánimo, las posibles consecuencias a corto y largo plazo) así cómo sus pensamientos y necesidades de consumo (Echeverría et

al., 2005; García, 1994b cit. Echeburua, 2001). Las hojas de autorregistro deben llenarse inmediatamente, puesto que en caso contrario, se le puede olvidar al cliente el registro de todos los tragos estándar (Echeburua, 2001). Este autorregistro proporciona una retroalimentación al usuario y puede producir un cambio en el comportamiento registrado (Nelson y Hayes, 1981 cit. Echeverría et al., 2005). Esta retroalimentación que brinda la información de los autorregistros es inmediata, porque puede ser una gran recompensa por haber conseguido beber menos o ver los días de abstinencia, así como un signo de advertencia si se consume una gran cantidad de alcohol (Echeburua, 2001). Este se revisa cada semana al inicio de cada sesión.

Se le entrega y explica al usuario su primera lectura y ejercicios para la sesión 1 del tratamiento, la cual se llevará de tarea. Se integra toda la información obtenida en el expediente y se da por finalizada la sesión (Echeverría et al., 2005; Ayala, et al., 1998).

2.3.3 Sesión 3: paso 1: Decidir cambiar y establecimiento de metas

Esta sesión es en sí misma la primera sesión propiamente dicha del tratamiento la cual está destinada para las siguientes actividades:

Identificar cuáles son las situaciones que lo pueden conducir a abusar del alcohol, que tome conciencia el cliente de las decisiones que toma y de las consecuencias que tendrán éstas, pensar acerca de los pros y de los contra que tiene para el cliente el uso de alcohol así como averiguar que significa la decisión de cambiar su consumo problemático con el alcohol.

Se le pide al usuario su autorregistro de la semana y se analiza junto con él para ver lo sucedido durante la semana.

Se revisan los ejercicios que se le dejaron de tarea, el primero de ellos es el de “*decisión de cambio*”, en donde el usuario debió analizar cuáles son los beneficios de cambiar la conducta actual y cuáles son los beneficios de continuar con su actual forma de beber, además en el mismo ejercicio se analizan los costos de cambiar su conducta de consumo así como los costos si continua con su forma de beber actual, este ejercicio es llamado “*balance decisional*” ya que lo enfrenta a reconocer hacia que lado se inclina la balanza (hacia el lado de continuar con su actual forma de beber o hacia el lado de un cambio en su forma actual de beber) y además funciona como una forma de motivar al usuario a que se de cuenta de que el cambio es la mejor opción. El segundo ejercicio que realizó es el de las “*razones que tiene para cambiar su conducta actual de beber*”, en donde él debe de proporcionar tres razones y explicarlas, es donde el terapeuta debe de intervenir mostrándole los resultados de la LIBARE para que sea otro gran momento de la sesión para que el usuario se motive y tome la decisión de un cambio en su consumo y por lo tanto en su vida. Y el último ejercicio es el de “*establecimiento de metas*”, en donde él debe de decidir cuál es la opción por la que se inclina como meta de tratamiento, si la moderación o la abstinencia. Esta decisión depende de cada caso en particular, esta oportunidad que se le da al usuario de que él mismo tomó la decisión acerca de su meta hace que él se motive porque tiene en sus manos la capacidad de decidir, y por último se evalúa la importancia que tiene para el usuario lograr la meta y que tan confiado se siente de lograrla.

Se realiza un resumen de la sesión y se le deja de tarea que continúe con su autorregistro de la siguiente semana y se le entrega y se le explica como resolver la lectura del paso 2 y los ejercicios de ésta. Se integra toda la información obtenida en su expediente (Echeverría et al., 2005; Ayala et al., 1998).

2.3.4 Sesión 4: paso 2: Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso

En esta sesión lo que se pretende es que el usuario identifique las situaciones que se asocian con su consumo de beber. Se realiza un resumen del paso 1. Se analiza nuevamente el autorregistro de la semana para ver que ha pasado con su forma de beber.

Se comenta con el usuario los aspectos más importantes de la lectura la "*montaña del éxito*", enfatizando el cambio como un proceso de aprendizaje y que se contemplen las recaídas como parte del mismo cambio y en el logro de la abstinencia o moderación como meta a largo plazo.

Se realiza un análisis de las situaciones de riesgo para el consumo que el usuario identificó en su tarea. El ejercicio es identificar las situaciones en las que ha tomado alcohol en exceso, se le piden tres situaciones de alto riesgo cuando bebe de manera problemática, las consecuencias que tuvo al ingerir alcohol en forma excesiva (consecuencias inmediatas, consecuencias demoradas, así como las consecuencias negativas y positivas), los precipitadotes o disparadores usuales para cada una de las situaciones (por ejemplo debe considerar su estado físico, estado emocional, ciertos pensamientos, la presencia de otras personas, el lugar, el tiempo y qué estaba haciendo) y los posibles antecedentes y consecuencias que pueda haber pasado por alto.

Al término de la revisión se compara este ejercicio con los resultados de los instrumentos aplicados en la sesión de evaluación: el CCS y el ISCA para poder detectar con una mayor claridad las situaciones que verdaderamente ponen en riesgo al usuario a consumir.

Se realiza un resumen de la sesión y se le entrega y se le explica la lectura y los ejercicios de la siguiente sesión. Se le recuerda cual es su meta y la necesidad de seguir continuando con su autorregistro. Toda la información obtenida durante la sesión se integra en el expediente (Echeverría et al., 2005; Ayala et al., 1998).

2.3.5 Sesión 5: paso 3: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol

Durante la sesión el objetivo es poder obtener estrategias para poder enfrentar las situaciones de alto riesgo, a fin de poder evitar, de esta manera, problemas en el futuro como un consumo excesivo de alcohol.

Se realiza un resumen de la sesión anterior. Se revisa su autorregistro de la semana y se analiza con el usuario los avances, y se revisa junto con él los ejercicios de tarea, el primero de ellos es el de “*opciones y probables consecuencias*” en donde empieza a analizar cuáles podrían ser las opciones que podría llevar a cabo en cada una de las situaciones de riesgo y analiza las posibles consecuencias de llevar a cabo estas opciones y el segundo ejercicio son los “*planes de acción*”, en donde ya elige que acciones o estrategias concretas va a llevar a cabo en caso de que se encuentre en una situación de riesgo, estos planes de acción deben de ser realistas. Por lo tanto la siguiente sesión se programa dentro de dos semanas para ver como le fue con sus planes de acción y de que manera los utilizó y si le funcionaron.

Se le entrega y explica la lectura y ejercicio del paso 4, se le pide que continúe con su autorregistro y toda la información que se obtenga de esta sesión se anexa al expediente correspondiente (Echeverría et al., 2005; Ayala et al., 1998).

2.3.6 Sesión 6: paso 4: Nuevo establecimiento de metas

En esta última sesión se analiza el progreso del usuario, se realiza un resumen de la sesión anterior.

Se analiza el autorregistro de la semana y se llena junto con el usuario una gráfica de su consumo (cantidad y frecuencia), se revisa el desarrollo de su consumo a lo largo del programa, y se le pregunta que si aprendió a identificar las situaciones o circunstancias que lo llevan a beber, si tiene la capacidad de identificar las consecuencias de su consumo, si los planes de acción son efectivos y los puede llevar a la práctica, y revisar que es lo que necesita para mantener su cambio o lograr su meta (Echeverría et al., 2005). Para esta etapa final, es necesario que el cliente haya aprendido todas estas nuevas alternativas que tiene a favor de mantener la meta propuesta al principio y al final del tratamiento, entendiéndose entonces por aprendizaje como “el proceso por el cual ocurren cambios duraderos en el potencial conductual como resultado de la experiencia (Anderson, 2001, p.5).

El ejercicio de la sesión consiste en fijar *el nuevo establecimiento de metas*, el cual consiste en crear la meta para los siguientes 12 meses, se explora su nivel actual de autoeficacia y se compara con su nivel inicial antes de iniciar el tratamiento (CCS), y se le informa que se realizará un seguimiento al mes y se elaborará una entrevista con un colateral para verificar la información del usuario. Se realiza un resumen de la sesión y toda la información obtenida se anexa al expediente (Echeverría et al., 2005; Ayala et al., 1998).

Se da por finalizado el tratamiento. Pero a lo largo de la sesión se llega a la decisión de si se da por terminado el tratamiento o se continúa con él en caso de que por diversos motivos, tanto del cliente como del terapeuta, sea necesario aplicar un mayor número de sesiones a las contempladas (Ayala, 2001).

2.3.7 Seguimientos

Además de las sesiones del tratamiento se lleva a cabo el seguimiento de cada uno de los casos clínicos al mes, a los 3, 6 y 12 meses, entendiéndose por seguimiento al “contacto individual a intervalos designados, sistemáticos y estructurados posteriores al tratamiento” (Miller, 1989, cit. Echeverría et al., 2005, p. 81).

2.4 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL MODELO

Ahora se entrara a conocer los fundamentos teóricos que sustentan al *Modelo*, no sin antes revisar brevemente cuál es la manera en que se ha concebido convencionalmente al alcoholismo refiriéndose a él como “una enfermedad progresiva, irrefrenable, excepto en algunos casos de remisión espontánea inexplicables” (Hill, 1985; Pattison y cols., 1977, cit. Echeverría et al., 2005, p.17). Por lo anterior, este postulado es contradictorio al marco teórico que sustenta al *Modelo*, porque este *Modelo* se fundamenta en la Teoría del aprendizaje social (TAS) propuesta por Bandura, la cual se basa principalmente en que la conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo la conducta humana un producto de la interacción de los siguientes factores: biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos. Basándose en esta teoría se sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un Modelo, de esta manera se favorece el aprendizaje de ciertas conductas pero así también se es posible desaprender conductas que no favorezcan el desarrollo del individuo, así se sitúan los comportamientos adictivos en una categoría de conductas inadecuadas que se van adquiriendo mediante los siguientes medios: modelamiento, reforzamiento social, efectos anticipados al alcohol, la experiencia directa de los efectos del alcohol como recompensa y castigo, así como la dependencia física. De esta forma, estos comportamientos adictivos son sujetos a cambio y pueden llegar a modificarse por la aplicación de los principios de ésta teoría (Echeverría et al., 2005).

Por lo tanto la Teoría del Aprendizaje Social (1977, 1986, cit. Kazdin, 1996) abarca varios tipos de aprendizaje y la diversidad de influencias que cada tipo enlaza. Por lo que el enfoque utiliza elementos del aprendizaje clásico, aprendizaje operante y aprendizaje vicario para explicar la conducta humana. Además esta teoría tiene como principios básicos los siguientes elementos: simbolización, anticipación de la acción y establecimiento de metas, aprendizaje vicario, autorregulación, capacidad autorreflexiva, determinismo recíproco, y expectativas de autoeficacia, todos como mecanismos para modificar la conducta inadecuada por una conducta prosocial, una conducta que favorezca el desarrollo del individuo (Echeverría et al., 2005).

La teoría que propone Bandura, es también conocida como teoría del aprendizaje social cognitivo, ya que esta asume la importancia de componentes como el pensamiento, las expectativas, las creencias, las autopercepciones, las metas y las intenciones del sujeto que reúnen influencias ambientales en determinados comportamientos (Bandura 1986, 1989b, cit. Hoffman, Scott y Hall, 1995)

2.5 INVESTIGACIONES ACERCA DEL MODELO

Es importante conocer investigaciones que respalden al *Modelo*, es decir resultados que favorezcan la aplicabilidad del mismo. Se mencionan algunas de las investigaciones que han usado este *Modelo*:

La primera de ellas es la aplicación de una intervención breve (*Modelo*) en la ciudad de México a una muestra de 177 individuos con problemas de abuso en el consumo de alcohol con las siguientes características: una media de edad de 37.5 años, 85.9% hombres y 14.1% mujeres, 13.7 años de educación, el 54,9% eran casados, el 35.8% eran solteros y los restantes separados/divorciados, en cuanto a la situación laboral el 63% trabajaban de tiempo completo, el 14% medio tiempo, 14% otros y 9% desempleados. Por lo tanto todos eran candidatos a entrar al programa

mediante los resultados obtenidos por la admisión y la evaluación inicial. Los resultados de este Modelo se determinan mediante una serie de indicadores sobre: patrón de consumo, nivel de problemática asociada al consumo, autopercepción de mejoría, nivel de autoeficacia y satisfacción con su calidad de vida. Así se comparó mediante estos indicadores la fase de pre-tratamiento, la fase de tratamiento y el seguimiento que se realiza a los 6 y 12 meses de haber terminado el tratamiento. Los resultados encontrados son los siguientes: a) en términos de porcentajes de días por mes que reportaron los sujetos estar en abstinencia, el 73% se encontró para el periodo de pre-tratamiento, el 72.5% en la fase de tratamiento, pero se observó un incremento en el primer seguimiento (a los 6 meses) llegando a un 84% y para el segundo seguimiento (12 meses) de 82%, por lo que el día en abstinencia aumento, considerándolo un indicador de éxito; b) para lo que se refiere al consumo de alcohol se encontró un cambio de un consumo excesivo a un consumo moderado de la fase de pre-tratamiento a la fase de tratamiento, lo cual este consumo moderado se mantuvo en los dos seguimientos correspondientes, otro indicador de éxito; c) otro indicador es el número de copas que beben por ocasión, en la fase de pre-tratamiento el promedio de tragos fue de 9.2, para la fase de tratamiento se redujo hasta llegar a un 4.4 de copas consumidas por ocasión. Para los seguimientos se produjo un incremento para llegar a 5.8 de copas estándar por ocasión de consumo y a 6.5 copas a los 12 meses, indicador de una disminución en el consumo de alcohol, durante los días en que se realizaba la ingesta; d) en cuanto a la satisfacción con su estilo de vida, un 62% de los usuarios al inicio del tratamiento reportaron estar insatisfechos o inseguros, durante las visitas de seguimiento (6 y 12 meses) se encontró que un 70% y un 79%, respectivamente, estaban satisfechos con su estilo de vida, otro indicador de éxito; e) en cuanto al porcentaje de sujetos que reportaron tener problemas que se asocian con el consumo de alcohol se encontró una reducción del porcentaje de usuarios que señalaron estar experimentando problemas en 6 de las 8 áreas. Otro indicador de éxito; f) a lo que se refiere a la forma en que se evalúa la severidad de su problema con el consumo de alcohol se observó un decremento en la percepción de la severidad. El 64% en la fase de pre-tratamiento calificaron el problema como mayor

o grande, durante la fase de seguimiento disminuyó significativamente la cantidad de sujetos que consideraban su problema como grande y hubo un incremento del 25% que lo consideraban como un problema menor o sin problema; g) también hubo un incremento en la manera que los sujetos calificaban su mejoría como resultado del tratamiento; h) en cuanto a la autoeficacia también hubo un incremento; i) en cuanto a la evaluación de la satisfacción de los sujetos hacia el tratamiento y su utilidad, se obtuvo como resultado que un 78% de los participantes estaban muy satisfechos con los resultados del programa y un 22% se encontraron satisfechos y j) en términos de utilidad, el 74% de los participantes lo calificaron como muy útil y un 26% como útil (Ayala et al, 2001; Ayala et al., 2003).

Un segundo estudio llevado a cabo en la Ciudad de México con 76 sujetos que tenían problemas con su forma de beber (bebedores problema) arrojó los siguientes resultados: La comparación entre el patrón de consumo durante el período previo al tratamiento y durante la fase de tratamiento muestra un incremento en los días en que permanecen en abstinencia, una disminución en el número de copas en los días en que realizan el consumo así como una reducción en las ocasiones de consumo excesivo. Así el Modelo es considerado como el factor causante en el cambio de la conducta de beber. Estos resultados son similares a los que se reportan en otros países (Ayala, 2001; Ayala et al., 2003).

Otro estudio fue el realizado a principios de los años 90's con el objetivo de evaluar la efectividad de este tratamiento en población hispana. Al finalizar el estudio los participantes de dicha investigación habían reducido de una manera significativa su consumo de alcohol durante los seguimientos realizados a los 6 y los 12 meses (Lozano-Blanco et al., 2002).

Con estos datos se puede concluir que en esta población el *Modelo* resultó efectivo, dando como resultado un cambio significativo en cuanto a lo relacionado con su consumo de alcohol y todo lo que conlleva esto.

Gracias a los estudios que su expusieron anteriormente, se ha podido comprobar que el Modelo es efectivo y por lo tanto se puede decir que es una buena opción a considerar para implementarse en el IMSS, ya que por la facilidad que se tendría de detectar bebedores problemas dentro de la institución, se podría promover un mejor estilo de vida para estas personas y además disminuir los índices de consumo de alcohol a nivel nacional.

CAPÍTULO III LA NECESIDAD DEL MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCION BREVE EN EL IMSS

Al ver lo exitoso que era este programa de tratamiento para la población a la que va dirigida, la Universidad Nacional Autónoma de México fue apoyada por medio de un financiamiento (CONACYT: 26306-H “Desarrollo de Evaluación de un Modelo de Prevención Secundaria para Bebedores Problema en el IMSS”, 1997) para poder diseminar el Modelo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, en las clínicas de atención primaria a la salud (primer nivel) en la zona metropolitana de la ciudad de México y en otros centros urbanos del interior de la república (Lozano-Blanco et al., 2002; Martínez, Carrascoza y Ayala, 2003), en donde se capacitó a 202 profesionales de la salud (médicos generales, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras). Dicha capacitación tuvo la finalidad de que los profesionales de la salud conocieran el Modelo y todo lo que implica, para que de esta manera pudieran adoptarlo, aplicarlo y en su momento diseminarlo hasta que llegara a formar parte de las estrategias de prevención en el IMSS, es decir, que llegará a una institucionalización.

Dentro de las estrategias de disseminación se contó con los talleres interactivos. El propósito consistió en evaluar estos talleres como una estrategia para disseminar la intervención psicológica que forma parte del tratamiento de bebedores problema que aplicarían los profesionales de la salud del IMSS. Los resultados demostraron diferencias estadísticamente significativas en los diferentes rubros evaluados mediante un diseño pretest-postest (conocimientos, intereses y satisfacción), por lo que se concluyó que estos talleres son una herramienta útil para generar conocimientos acerca del problema de salud que representa el consumo excesivo de alcohol, así como para promover actitudes positivas respecto del tratamiento por parte de los profesionales de la salud. Por esta razón, se llegó a la conclusión de que los talleres interactivos son una estrategia efectiva para disseminar el Modelo de detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema en las clínicas del IMSS y, en consecuencia, que los profesionales de la salud pueden ser agentes de cambio de las innovaciones psicológicas (Martínez, 2003).

Se pensó en el IMSS para llevar a cabo la disseminación por considerarlo una institución encargada de “cuidar y fomentar de manera integral la salud de la población trabajadora, pensionada, asegurada voluntariamente y de sus familias, así como de la atendida en esquemas de solidaridad social. Lo anterior a través de proveer los servicios preventivos y curativos con niveles de oportunidad y calidad”. Así el prevenimss se encarga de “acciones de carácter preventivo para mejorar la salud de los derechohabientes”. Por lo tanto la misión del IMSS es “otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte” (IMSS, 2006).

Por lo tanto a lo largo del capítulo se revisara el impacto de este fenómeno –consumo de alcohol- a través de las estadísticas, de la problemática que se genera en nuestra sociedad, conceptos como el de prevención, dándole más peso al de prevención secundaria y su importancia dentro del Modelo, el relevante papel que juegan en esta

prevención los profesionales de la salud, en específico el médico, así como tener en cuenta todas las consecuencias que trae el consumo tanto a nivel individual, familiar y hasta un nivel social.

3.1 EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICAS DEL CONSUMO DEL ALCOHOL

La epidemiología es definida como la “disciplina científica que combina el saber médico con el conocimiento de aquello que determina la enfermedad o que pone en riesgo de padecerla a los seres humanos, utilizando también otros conocimientos que permiten saber la frecuencia, la distribución y la evolución de la enfermedad en la población, mediante diversos métodos y herramientas” (Echeverría et al., 2005, p. 13).

En el caso específico de las adicciones, la epidemiología nos permite poder conocer la dimensión social de las adicciones, el grado de penetración que han alcanzado en una sociedad, y los daños que éstas pueden ocasionar en la salud y en la sociedad (Echeverría et al., 2005).

Los resultados publicados en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2002) señalan que existen en el país 32'315,760 personas entre los 12 y 65 años que consumen alcohol (Echeverría et al., 2005). También muestran que hubo un incremento en el índice de consumo de alcohol entre los adolescentes, de 27% en 1998 a un 35% en el 2002 entre los varones y de un 18% a un 25% respectivamente entre las mujeres. Entre los varones aumentó el número de menores que reportaron beber mensualmente cinco copas o más por ocasión de consumo de 6.3% a un 7.8%. Los estudios indican que el consumo cada vez comienza a edades más tempranas.

La prevalencia de bebedores a nivel nacional realizada por la ENA (2002, cit. Echeverría et al., 2005) muestra los siguientes resultados:

- a) Región Centro, que comprende los siguientes estados: Aguascalientes, Querétaro, Hidalgo, Morelos, Puebla, Tlaxcala, Estado de México, etc., reportó el mayor porcentaje de consumo, alcanzando un 61.8%.
- b) Región Sur, que incluye a Michoacán, Guerrero, Veracruz, Tabasco, etc. reportó un 55.2% de consumo y
- c) Región Norte, a la que pertenece Baja California Sur, Sonora, Durango, Chihuahua, etc. reportó el menor índice de consumo de alcohol con un 53.1%

Asimismo el INEGI (1999 cit. Echeverría et al., 2005) señaló que el consumo excesivo de alcohol se vincula con cinco de las diez principales causas de defunción en México en edad productiva, las cuales son: los accidentes, la patología cerebro vascular, cirrosis hepática, los homicidios así como las lesiones en riña.

Durante el 2001 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) otorgó un total de 61,527 consultas médicas por problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas en unidades de medicina familiar, servicios de especialidades y de urgencia, donde se puede reportar que las consultas originadas por esta problemática ocupó el primer lugar en todos los grupos de edad (Echeverría et al., 2005).

Ante estos datos epidemiológicos mencionados anteriormente, el CONADIC (2000, cit. Echeverría et al., 2005) propone desarrollar programas de intervención en el campo de las adicciones que cumplan con las siguientes características:

- ❖ Tengan amplio alcance para llegar a toda la población, y que se pueda apoyar a los jóvenes, las familias, y a la comunidad en general, tanto urbana como rural.
- ❖ Estén basados en el conocimiento científico, fundamentados en información objetiva.
- ❖ Consideren a sustancias de tipo legal e ilegal.
- ❖ Incluyan acciones permanentes, esto es, la capacitación y evaluación de las acciones que se llevan a cabo.

- ❖ Se desarrollen acordes a las diferencias culturales, de edad, y de género existentes, etc.

Por lo que el Modelo resulta ser un tratamiento pertinente que cumple con todas las características antes mencionadas.

3.2 PREVENCIÓN

Por todo lo antes dicho, de los datos reportados por todas estas Instituciones se tiene un gran reto a nivel de prevención, la cual significa “anticipar, preceder, imposibilitar con medidas anticipadas. Dentro del campo médico, entendemos por prevención todas aquellas acciones anticipadas que, basadas en el conocimiento de la historia natural de una enfermedad, llevan a evitar su aparición o su desarrollo ulterior” (Materazzi, 1991, p. 39).

G. Caplan (1985, cit. Materazzi, 1991, p. 44) define a la psiquiatría preventiva como “un conjunto de hipótesis y conceptualizaciones teórico-prácticas que se instrumentan con el fin de realizar planes y ejecutar programas en 3 niveles...” refiriéndose a las acciones que se deben de hacer en los 3 niveles básicos de prevención que existen: el primario, el secundario y el terciario.

3.2.1 Prevención primaria

La prevención primaria es la auténtica prevención (Rodríguez-Martos, 1989), ya que es la que realmente va a anticipar que la enfermedad o el trastorno aparezca como tal. Dentro de este tipo de prevención se encuentra la prevención específica, - la cual va a estar destinada a evitar una patología concreta, en este caso el consumo de alcohol y las consecuencias que acarrea éste-, y la prevención inespecífica, -que se puede claramente identificar con la promoción de salud (cantidad + calidad de vida)-.

Dentro de la prevención específica, para el caso de las adicciones, se pretende lo siguiente: a) Evitar o retrasar el inicio del uso; b) Eliminar los factores que puedan favorecer la evolución de uso-abuso-dependencia. Esto implica, por citar algunos ejemplos: 1) La reducción de la oferta y la demanda, y 2) Una educación sanitaria que iría encaminada a modificar la relación del sujeto con la droga (alcohol) a través de una información la cual facilitará una actitud y una conducta respecto al alcohol. (Rodríguez-Martos, 1989). Se ha demostrado que la simple educación disminuye la frecuencia de los problemas planteados en ésta, dentro de una comunidad. (Calderón, 1981).

3.2.2 Prevención secundaria

Cuando la prevención primaria ha sido insuficiente o no ha logrado su cometido, es preciso tomar acciones en un segundo nivel de prevención, esto es a nivel de la prevención secundaria, la cual se refiere a la “identificación temprana de los procesos psicopatológicos o de los trastornos funcionales resultantes de conflictos intra o interpersonales. Esta actividad permite el tratamiento oportuno de los mismos” (Calderón, 1981, p. 24).

También los especialistas en salud pública definen a la prevención secundaria de la siguiente manera: “es el nombre que dan a los programas tendientes a reducir la incapacidad debida a un trastorno, disminuyendo el dominio del trastorno mismo”, así el “dominio” se refiere a “la proporción de casos comprobados del trastorno entre la población en riesgo” (Caplan, 1985, p. 105), son casos probados tanto los nuevos como los que ya existen. Por lo que la población en riesgo son todas aquellas personas de una comunidad que podrían sufrir el trastorno, en este caso abuso de alcohol.

De esta manera la misión de la prevención secundaria es la disminución del dominio, en cuanto a las personas con problemas con su forma de beber, los bebedores problema Caplan (1985) sugiere dos maneras en las cuáles se puede llevar a cabo una disminución del dominio: a) descender la proporción de casos nuevos mediante la modificación de todos los posibles factores que pueden llevar al trastorno y b) haciendo descender la proporción de los casos declarados al acortar su duración por medio de un diagnóstico temprano y un tratamiento que sea efectivo.

Así al realizarse un tratamiento exitoso se disminuye el número de casos probados y por ende el dominio cambia, hay una reducción de éste. Para que esto se logre, se debe de impactar a la comunidad en general, dando un tratamiento a la mayor cantidad de personas posibles, para que así la diferencia sí sea significativa (Caplan, 1985).

Dentro de las características de la prevención secundaria entonces se encuentra un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y efectivo.

Para poder realizar un diagnóstico precoz se proponen las siguientes alternativas: a) perfeccionar los medios de diagnóstico con los que se cuentan para poder identificar al trastorno a partir de unos pocos o leves signos y síntomas y alteraciones objetivas mínimas. b) alertando a los “sospechosos” y a sus redes sociales acerca de los indicios más débiles y motivándolos para que lleven a cabo una investigación diagnóstica a tiempo y c) proporcionando facilidades para que tal investigación se realice lo antes posible, sin demora.

Se da un “diagnóstico” o la identificación de los casos, ahora la medida a tomar es ofrecer un tratamiento que sea aplicado de manera inmediata y que éste resulte efectivo. Por que de esta manera es probable que un trastorno tratado en sus primeras etapas (abuso de alcohol, en este caso), antes de que se haya transformado en una parte muy consolidada de su vida psicológica y social del usuario

(dependencia), responda a la terapia o tratamiento en un mayor grado y más rápido, que si el tratamiento se demora hasta que la perturbación se haya afianzado en toda su situación vital del cliente y haya aprendido a sacar gratificaciones secundarias y dispensas que el papel de paciente le procura (en este caso al alcohólico, propiamente dicho).

La prevención secundaria debería de incluir programas cuidadosamente elaborados de educación en salud mental para todos los profesionales asistenciales de la comunidad, para que éstos puedan entender de manera más completa las desviaciones de las personas que atienden (Caplan, 1985).

La conducta “desviada” de una persona con una “alteración mental” puede ser encarada desde:

- 1.- El punto de vista individual, del malestar o incapacidad que sufre el individuo o
- 2.- Desde la perspectiva de su efecto sobre la comunidad, por ejemplo el descenso en la contribución productiva, producción de malestar en otros y hasta una desorganización social.

De manera más específica, el Modelo de detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema se puede catalogar dentro de la siguiente clasificación: prevención secundaria indicativa, ya que esta intervención que propone el Modelo esta dirigida a disminuir la aparición de un desorden (alcoholismo) a través de una detección temprana (cuando se abusa del alcohol), por medio de un tratamiento efectivo (el Modelo), así los usuarios elegidos para recibir la intervención se escogen a través de las diversas situaciones que experimentan con drogas (alcohol) o de acuerdo a un comportamiento considerado como “arriesgado” (Ayala et al., 2003).

3.2.3 Prevención terciaria

Para Caplan (1964, cit. Calderon, 1981, p. 25) la meta de la prevención terciaria, es la reducción de los efectos residuales que se presentan posterior a que los trastornos mentales han terminado. Así un efecto residual es la reducción en la capacidad del sujeto para contribuir a la vida social y ocupacional de la comunidad. Queda así implícito el papel crucial que juega la rehabilitación en este contexto.

3.3 PASO DEL USO-ABUSO-DEPENDENCIA EN EL ALCOHOL

Es importante hacer algo en medida de prevención secundaria (cuando se es un bebedor problema) ya que en alcohólico puede convertirse cualquiera que beba la cantidad suficiente durante el tiempo suficiente, variando estas dimensiones según los sujetos (Rodríguez-Martos, 1989). Puesto que el alcohol constituye, con los barbitúricos, uno de los 7 tipos de dependencia física reconocidos por la OMS (1964, cit. Rodríguez-Martos, 1989) por sus efectos metabólicos y farmacológicos dentro del organismo.

3.4 CONSECUENCIAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

Las personas han utilizado una variedad de sustancias para poder modificar su estado de ánimo y su comportamiento. El uso de algunas sustancias se ha vuelto tan común que se considera normal e incluso apropiado, algunos ejemplos incluyen los brindis con champaña en año nuevo (Sarason y Sarason, 1996).

De esta manera en la gran mayoría de las culturas el alcohol es considerado el depresor del Sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y es por lo tanto el responsable de una morbilidad y mortalidad considerables (DSM IV, 2002).

Así el alcohol es una droga psicoactiva, es decir, que afectan al pensamiento, a las emociones y al comportamiento. Con esto hay una reducción generalizada en la conducta que esta orientada a metas, junto con déficits cognoscitivos, además de síntomas físicos graves.

A corto plazo, el alcohol ejerce una acción sobre el Sistema Nervioso, como un bloqueador de los mensajes que se transmiten de una célula nerviosa a otra. En primera instancia afecta a los lóbulos frontales del cerebro, el cual es el lugar en donde se regulan las inhibiciones, la facultad de razonamiento, la memoria y el juicio. Después de un consumo continuo, el alcohol afecta el cerebelo, el cual es el asiento del control muscular motor, el equilibrio y los cinco sentidos. Por último afecta la espina dorsal y la médula espinal, donde se localizan las funciones involuntarias como la respiración, el ritmo cardíaco y el control de la temperatura corporal. Si se consume suficiente alcohol, hasta el punto en que se llegue a un nivel de alcohol en la sangre de .50% o más, el sistema de funciones involuntarias se puede desconectar y por consiguiente la persona muere por envenenamiento agudo con alcohol (Sarason y Sarason, 1996).

Dentro de la intoxicación por alcohol se puede encontrar un comportamiento agresivo, labilidad emocional, un deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social además de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma, todas estas características podrían llevar al sujeto a sufrir, por citar algunos ejemplos, accidentes de tipo laboral, doméstico o de tráfico, lo que puede dar lugar a caídas y accidentes que pueden provocar fracturas, hematomas subdurales y otras secuelas de traumatismos craneales (DSM-IV, 2002), así como lo demuestran algunos datos de las investigaciones que reportan al alcohol como causante en un alto porcentaje de accidentes que no son de tránsito: casi el 50% de todas las personas que fallecieron por alguna caída había estado bebiendo; 52% de los incendios que causan la muerte de personas adultas tienen algo que ver con alcohol; y 38% de las víctimas de ahogo

habían bebido (Alcohol and Health, 1990, cit., Sarason y Sarason, 1996). Una intoxicación alcohólica repetida y grave puede llegar a suprimir los mecanismos inmunológicos y predisponer a infecciones (como la tuberculosis y la neumonía bacteriana) y al aumento de riesgo de cáncer, al mismo tiempo de que la desinhibición y los sentimientos de tristeza e irritabilidad provocados por esta intoxicación contribuyen a los intentos de suicidio y a los suicidios consumados (DSM-IV, 2002; Mack et al., 2003).

Además de todas estas consecuencias el consumo de alcohol puede llevar a afectar en las siguientes tres esferas de la vida del consumidor:

La familiar, la laboral y la personal. A nivel familiar (disputas y graves conflictos en la relación, abandono de las responsabilidades, dependencia económica, derrumbamiento familiar), a nivel laboral (hay una disminución del rendimiento, de la productividad, aumento de los accidentes, ausentismo) y a nivel personal (autodesprecio, depresión, egoísmo, problemas académicos, relaciones sexuales sin protección, muerte por envenenamiento, deterioro socioeconómico, comportamientos violentos o agresivos, peleas o actos delictivos y/o criminales ocasionando de esta manera lesiones tanto al sujeto que utiliza el alcohol como a los demás, y vagabundeo) (Rodríguez-Martos, 1989; Ladero et al., 1998; DSM-IV, 2002).

Una ingestión repetida de dosis altas de alcohol puede traer consecuencias físicas negativas que pueden afectar casi todos los órganos, especialmente el tubo digestivo, el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central y periférico. Los efectos gastrointestinales incluyen a la gastritis y a úlceras de estómago o duodeno, y cerca del 15% de los grandes consumidores de alcohol presentan cirrosis hepática y pancreatitis. Asimismo se observa un aumento de la proporción de cáncer de esófago, estómago y de otras partes del tubo digestivo como la boca, lengua y faringe. La hipertensión moderada es considerada una de las enfermedades asociadas con más frecuencia, menos frecuente son las miocardiopatía y otras miopatías, aunque

aparecen en mayor proporción entre los bebedores de grandes cantidades de alcohol. Estos factores, junto con acusados aumentos de los niveles de triglicéridos y lipoproteínas de baja densidad (colesterol) contribuyen a un mayor riesgo de cardiopatía. La neuropatía periférica se puede demostrar por una debilidad muscular, parestesias y una disminución de la sensibilidad periférica.

Los efectos más persistentes del sistema nervioso central incluyen déficit cognoscitivo, deterioro grave de la memoria y cambios degenerativos en el cerebelo. Estos efectos están relacionados con los efectos directos del alcohol o traumatismos y con la deficiencia de vitaminas (en especial déficit de vitamina B, incluyendo el de tiamina). El efecto más devastador para el sistema nervioso central es el trastorno amnésico persistente, que es relativamente poco frecuente (síndrome de Wernicke-Korsakoff), en el que está gravemente deteriorada la capacidad de procesar nuevos datos en la memoria” (DSM-IV, 2002; Mack, et al., 2003)

Cuando se abusa del alcohol durante mucho tiempo, puede surgir un daño cerebral. Por citar un ejemplo, las exploraciones hechas por TC (tomografía computarizada) de alcohólicos crónicos jóvenes demuestran reducciones en la densidad del hemisferio izquierdo del cerebro en comparación con el de individuos que no son alcohólicos (Golden y otros, 1981, cit. Sarason y Sarason, 1996). La disfunción cerebral se presenta en un 50 a 70% de los alcohólicos desintoxicados en el principio del tratamiento (Eckhardt y otros, 1981, cit. Sarason y Sarason, 1996).

Otros signos físicos que se pueden presentar son temblor, marcha inestable, insomnio, disfunción eréctil. Los hombres con dependencia alcohólica crónica pueden presentar una disminución del tamaño testicular y signos de feminización a causa de la disminución de los niveles de testosterona. El consumo de alcohol abundante y repetido puede asociarse, en las mujeres, a irregularidades menstruales y durante el embarazo a abortos espontáneos y puede atravesar la placenta teniendo efectos potenciales en el desarrollo del feto provocando en él el síndrome de alcoholismo fetal

(que se caracteriza por malformaciones físicas y retraso mental) (DSM-IV, 2002; Sarason y Sarason, 1996).

Aunado a todo esto se puede llegar a los trastornos relacionados con el alcohol, los cuales se dividen en dos grandes grupos: a) trastornos por consumo de alcohol y b) trastornos inducidos por alcohol; dentro de los primeros encontramos a la dependencia del alcohol y al abuso de alcohol; y dentro de los segundos encontramos: intoxicación por alcohol, abstinencia de alcohol (especificar si con alteraciones perceptivas), delirium por intoxicación por alcohol, delirium por abstinencia de alcohol, demencia persistente inducida por el alcohol, trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol, trastorno psicótico inducido por el alcohol con ideas delirantes (especificar si fue de inicio durante la intoxicación o de inicio durante la abstinencia), trastorno psicótico inducido por el alcohol con alucinaciones (especificar si fue de inicio durante la intoxicación o de inicio durante la abstinencia), trastorno del estado de ánimo inducido por el alcohol (especificar si fue de inicio durante la intoxicación o de inicio durante la abstinencia), trastorno de ansiedad inducido por el alcohol (especificar si fue de inicio durante la intoxicación o de inicio durante la abstinencia), trastorno sexual inducido por el alcohol (especificar si de inicio durante la intoxicación), trastorno del sueño inducido por el alcohol (especificar si fue de inicio durante la intoxicación o de inicio durante la abstinencia), y trastorno relacionado con el alcohol no especificado (DSM-IV, 2002; APA, 1995, cit. González, 2001)

3.5 PAPEL DEL MÉDICO Y DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Por todas las consecuencias mencionadas anteriormente, los especialistas de la salud deben de estar atentos a la problemática que genera el alcohol, así que los profesionistas de asistencia primaria que están directamente implicados pueden utilizar las técnicas de las intervenciones breves de una manera efectiva, entre ellos

tenemos a los siguientes: médicos de atención primaria, médicos especialistas, enfermeras y practicantes de enfermería, asistentes médicos, dentistas, trabajadores sociales, psicólogos, y especialistas en terapia familiar y de pareja (Kanouse et al., 1995)

Debido a que el tipo de población (bebedores problema) a la que va dirigida el Modelo... aún no ha desarrollado una dependencia severa al alcohol, no acude a las instituciones de salud pública a programas de tratamiento hasta el momento en que adquiere conciencia del riesgo en que se encuentra por su consumo, sin embargo suelen acudir a la institución por otros motivos. Porque este tipo de problemas –por consumo de alcohol- con frecuencia no se detectan en los hospitales o en la práctica médica, a pesar de que los pacientes que los presentan utilizan los servicios con regularidad (Echeverría et al., 2005). Por lo cual estos profesionales deben de ser capaces de identificar desde la consulta externa a las personas que enfrentan este problema de salud para así remitirlas a las instituciones adecuadas y que sea ahí en donde reciban el tratamiento indicado o que a través de la capacitación del Modelo ellos mismos puedan intervenir, si es el caso pertinente, aplicando el tratamiento ya que es una intervención con fundamento científico, breve, de bajo costo y muy eficiente como parte de los servicios de un primer nivel de atención (Ayala et al., 2003).

Ya que ha quedado demostrado la eficacia de un consejo breve por parte del médico, el cual tiene como efecto una reducción en el consumo de alcohol y los problemas relacionados con éste (Bien, 1993 cit. Echeverría et al., 2005), se ha considerado que el médico sea la persona idónea para detectar a los pacientes que pueden tener problemas con su forma de beber porque ocupa una situación preferente para poder establecer la detección temprana de la enfermedad o de los hábitos de riesgo, pues por lo regular es la primera persona que el paciente visita ya sea por un problema directamente relacionado con el alcohol o por otro problema que este relacionado con éste y por lo tanto reconvertir la demanda. Por lo tanto el dialogo

entre médico-paciente será el mejor instrumento de prevención secundaria, ya sea que se quede en “un consejo a tiempo” o derive en un tratamiento ulterior. Se trata de una intervención barata y útil, con grandes beneficios (Rodríguez-Martos, 1989).

Por lo consiguiente los profesionales de la salud, en este caso, el médico, deben de estar muy atentos a la existencia de una disfunción básica, producto de una dependencia al alcohol, o a una serie de disfunciones que puedan preceder al establecimiento de dicha dependencia (problemas con su forma de beber), ya que se puede entender por una disfunción a “la dificultad para realizar una o más actividades que, de acuerdo con la edad del sujeto, el sexo y el papel social normativo, son comúnmente consideradas como esenciales, componentes básicos de la vida diaria, tales como el cuidado de sí mismo, las relaciones sociales y la actividad económica... La disfunción puede ser a corto o largo plazo o permanente” (Edwards, 1977, cit Rodríguez-Martos, 1989) Por tanto estas disfunciones podrían estar relacionadas con el consumo de alcohol, sin presuponer por ello precisamente un síndrome de dependencia alcohólica subyacente.

De esta manera los doctores son precisamente los más indicados para detectar estas disfunciones y proporcionar tratamiento a ésta; pero también en este caso a la problemática que originan dichas disfunciones, es decir, el posible abuso de alcohol; por lo que él podría dar el tratamiento o canalizarlo a otro lugar, por eso se capacitó a los profesionales de la salud en el conocimiento, aplicación y manejo del Modelo. Ya que el médico y los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de procurar la salud general y el bienestar de sus pacientes (Kanouse et al., 1995)

Un estudio reportó que alrededor del 20% de pacientes que recibieron una atención primaria reflejaban niveles de consumo que excedían los estándares “normales”, un consumo excesivo (Fleming, 1997). Así a través del monitoreo y una intervención breve, que se pueden implementar en los establecimientos del cuidado de salud, se pueden prevenir posibles consecuencias negativas a futuro.

Existen diferentes niveles de monitoreo que pueden lograr que se reduzca o alivie los problemas de alcohol, entre estos niveles tenemos:

Nivel 1: Ya que la mayoría de las veces el tiempo es muy limitado dentro de las consultas de los médicos, sólo tienen el tiempo de preguntar a los pacientes alguna cuestión acerca de su consumo de alcohol. Por ejemplo un estudio hecho por Taj, Devera-Sales y Vinson (1998), demostró que una respuesta positiva a la pregunta “¿en los últimos 3 meses usted ha bebido más de 5 tragos que contengan alcohol?, puede identificar lo que normalmente el NIAAA considera como bebedores de alto riesgo o aquellos que entrarían en los criterios de abuso o dependencia.

Nivel 2: Con un poco más de tiempo se pueden hacer más preguntas. Así una serie de cuestiones planteadas por el NIAAA (2003) puede revelarnos la frecuencia y el nivel de consumo de alcohol de los pacientes. Todas las preguntas deben de realizarse a todos los pacientes que podrían tener problemas relacionados con el consumo de alcohol. Estas se pueden incluir en un pre-examen considerado como una parte del chequeo que se realiza con los pacientes, entre las preguntas están: ¿Toma alcohol?, incluyendo cerveza o vino; para los bebedores que se han podido identificar serían: en promedio ¿Cuántos días por semana toma?, en un día normal, cuando toma ¿Cuántos tragos estándar consume? y ¿Cuál es el número máximo de bebidas que usted toma en cualquier tipo de reunión en el mes pasado?

Nivel 3: a través del nivel 2 de monitoreo se revela que pacientes tienen alto riesgo de presentar problemas relacionados con el alcohol o si se considera o sospecha que el paciente minimiza su consumo del mismo, el clínico puede proceder a realizar preguntas adicionales acerca de la naturaleza del problema (Whitlock, Polen y Green, 2004) o bien el médico cuenta con una serie de herramientas que permiten detectar a los pacientes con problemas en su forma de beber, además del monitoreo, entre ellas tenemos:

a) síntomas clínicos; b) anamnesis; c) pruebas de laboratorio y d) cuestionarios diagnósticos.

Por ejemplo, todos los Modelos de anamnesis (en griego, recuerdo) -se integra con otros datos en la historia clínica, es la forma que adopta el dialogo médico para poder averiguar todo aquello que permita el establecimiento de los juicio clínicos que corresponden al momento cognoscitivo de la relación- (Rubio, 1997) contienen los siguientes rubros:

- Referente a la enfermedad actual.
- Todo lo referente a enfermedades padecidas con anterioridad, y desarrollo biológico.
- Lo concerniente a enfermedades padecidas por los ascendientes, hermanos y descendientes, y peculiaridades del carácter de los mismos.
- El desarrollo social de la familia y del paciente dentro de ella.
- Dinámica familiar.
- Evolución laboral y su situación actual.
- Rasgos en general del carácter y del comportamiento.

Los motivos de consulta que con mayor frecuencia se pueden detectar a través de los datos de la anamnesis son:

- 1.- Malestar general inespecífico: cefaleas, mareo, anorexia, pérdida de peso, astenia, debilidad muscular, impotencia;
- 2.- Síntomas de presumible impregnación tóxica: Nauseas matutinas, temblor matutino, molestias digestivas (acidez, síntomas ulcerosos, intolerancias alimentarias) (Rodríguez-Martos, 1989).

Gracias a todos estos datos el médico puede estar pendiente de todas estas posibles dificultades o problemas relacionados con el alcohol y reconvertir la demanda, si es el caso, para un tratamiento para dicho problema.

El médico es percibido como un agente terapéutico por sí mismo, además de ser un administrador de remedios, y su acción es también psíquica. Su sola presencia y su lenguaje producen en el paciente diversas reacciones, como lo ha señalado Alonso Fernández ((1989, cit, Rubio, 1997). Dentro del conjunto de factores inherentes al médico, el que más influirá sobre el paciente es lo que el médico es, es decir, su actitud interior profunda. Luego lo que el paciente cree que el médico dice y por último lo que cree que el médico sabe.

De esta manera todos o la mayoría de los enfermos esperan del médico cuatro conductas, las cuales son:

- a) Que tenga los estudios suficientes para poder tener las bases para un diagnóstico.
- b) La nominación propia de la enfermedad.
- c) Que le ofrezca un tratamiento completo y
- d) Si no es suficiente lo anterior se le dé un pase con un especialista (Rubio, 1997).

Además de que el rapport que los médicos pueden desarrollar con sus pacientes es básico y da la oportunidad de intervenir.

Por todo lo dicho, se ha requerido la participación de los médicos para una mejor atención de los alcohólicos, o en este caso, bebedores problema, pues de esta manera cumplirían con una expectativa que tiene la población, así aumentaría la cobertura asistencial de los enfermos y disminuiría la carga asistencial de los alcohólicos en los servicios de salud (Campillo, Díaz, y Romero, 2001).

Diferentes encuestas en nuestro país demuestran insistentemente que la gente espera que sea el médico quien atienda los problemas relacionados con el alcohol (López y Campillo Serrano, 1983; Calderón et al., 1981; cit. Campillo et al., 2001). Los médicos para la población, tienen la obligación de cumplir con esta tarea, situación que no es igual en todas partes (Berry et al., 1975 cit Campillo et al., 2001).

Los problemas de salud que plantea el consumo de alcohol son de tal magnitud que es necesario que todos los sectores de la sociedad se unan entre sí para poder contender en contra de ellos. De todos los sectores, el de mayor autoridad moral, más tradición y más capacitado es el médico.

3.6 EL MODELO EN EL IMSS

En países como México, que disponen de escasos recursos económicos, y cuyo personal profesional en el área de salud mental es aún muy limitado, ha sido preciso ingeniarse, para el mejor rendimiento de los elementos ya existentes en la comunidad, una coordinación adecuada entre las instituciones oficiales, con la colaboración debidamente motivada y orientada de la iniciativa privada (Calderón, 1981).

México está lejos todavía de vivir esa situación, pues se ha hecho muy poco para el tratamiento de los alcohólicos, el Estado no tiene una política unificada al respecto; en las diferentes instituciones del sector salud casi no hay las facilidades para tratarlos y las compañías de seguros los excluyen de las pólizas (Campillo et al., 2001).

Establecer programas de tratamiento en los servicios de salud, sobre todo en el primer nivel de atención médica, ampliaría sustancialmente la cobertura asistencial de

los enfermos alcohólicos con un costo mínimo (Wilkins, R. 1974, cit. Campillo et al., 2001).

En las instituciones médicas la carga asistencial de los pacientes que sufren problemas relacionados con el alcohol resulta agobiante. Se calcula que este mal lo padecen entre el 25 y el 40% de todos los enfermos hospitalarios (Campillo-Serrano y Padilla, 1986, cit. Campillo et al., 2001); por lo que estos enfermos usan las instalaciones hospitalarias hasta cuatro veces más que otros y sus gastos médicos ascienden al doble del resto de la población (Schifrin, L. 1983, cit Campillo et al, 2001). Investigaciones demuestran que si en estos lugares se establecieran tratamientos especiales, se ahorrarían cifras importantes de dinero, además de que se cumpliría mejor con una asistencia médica integral (Holder, H. 1987, cit. Campillo et al., 2001).

Uno de los grandes retos que debe enfrentar la medicina con respecto al tratamiento del alcoholismo es evaluar de una manera objetiva, sistemática y continúa los diferentes programas asistenciales. Sólo de esta manera se podrá elegir el más adecuado, realizar una distribución realista de los recursos financieros, cubrir así las necesidades de la población y referir a los enfermos hacia las opciones terapéuticas que más los ayuden. De esta manera la evaluación debe de estar enfocada hacia la eficacia del tratamiento, a corto y a largo plazo, así como a estudios de costo-beneficio en lo relacionado con materiales, capacitación de personal, participación de diferentes especialistas así como el tiempo (Campillo et al., 2001).

Dentro de las dificultades para establecer procedimientos de evaluación se encuentran los de orden práctico, entre los que se hallan: falta de recursos financieros, escasez de personal especializado, poca receptividad de las autoridades para apoyar estas acciones y la resistencia de los grupos ya formados (Campillo et al., 2001).

Se estima que se ha puesto un énfasis demasiado grande a un segmento menor del problema (individuos con dependencia al alcohol) mientras que se ha ignorado por largo tiempo a una población más grande e importante, que representa a aquellos que abusan del consumo de alcohol, también llamados bebedores problema.

Una metáfora que nos ayuda a entender mejor el beneficio del Modelo es la siguiente: a diferencia del psiquiatra terapeuta, que sólo se dedica a unos cuantos pacientes y tiene la responsabilidad de servirles hasta obtener un máximo beneficio con el tratamiento, un psiquiatra preventivo dedica su mayor esfuerzo a que se aplique tratamiento breve a muchos pacientes con un buen pronóstico, y evita sumergirse en el insondable pozo del tratamiento interminable de unos pocos casos difíciles, la metáfora va en el sentido de atender a los bebedores problema ya que hay más que alcohólicos y además de que el tratamiento breve resulta efectivo y de bajo costo en esta población por los recursos con los que todavía cuentan (recursos personales, familiares, sociales), a diferencia de los alcohólicos que necesitan un tratamiento más prolongado, con esto no significa que los alcohólicos deben ser relegados de tratamiento, al contrario, pero lo que se pretende es atender a las personas con este Modelo ya que es preventivo a nivel secundario y hace que se evite un paso a un siguiente nivel de un abuso a una dependencia, y que por ende los costos y las consecuencias sean aún mayores, como ya se citaron (Caplan, 1985).

Por eso se pensó en estos profesionales de la salud del IMSS para llevar a cabo la capacitación pues ellos pueden llevar a cabo una aplicación del Modelo y, contribuir de esta forma, a la reducción del consumo de alcohol en México y con ello, al aminoramiento de los problemas sociales, psicológicos y de salud que conllevan su abuso además de los beneficios institucionales del propio IMSS (menos ausentismo relacionado con el alcohol, una reducción de internamientos o tratamientos más costosos o más medicinas, o más visitas al médico, así como la disminución en la

saturación de trabajo, por citar un ejemplo. Asimismo, buscamos promover el conocimiento de los tratamientos sustentados experimentalmente (Ayala et al., 2003).

De esta manera se ha concluido que este tipo de tratamiento, dadas sus características, resulta muy adecuado para países con pocos recursos y con pocas posibilidades de lograr establecer programas de atención especializada. El hecho de que se incorpore este tratamiento de intervención breve en un primer nivel de atención en instituciones de salud permite ofrecer servicios preventivos a numerosos sectores de la población que no disponen de ellos y que sin embargo, son los más susceptibles a desarrollar dependencia al alcohol y además a padecer problemas asociados con ella (Ayala et al., 2003)

Las personas que se preocupan por la reducción de costo en el cuidado de la salud agradecen intervenciones conductuales que se pueden usar en clínicas para pacientes ambulatorios (Barlow, y Hoffman, 1977, cit, Lozano-Blanco et al., 2002). El Modelo se considera una alternativa adecuada para las personas que tienen problemas relacionados con su forma de beber y un Modelo de costo-beneficio dentro del sistema de salud nacional de México (Lozano-Blanco et al., 2002). Por todo lo anterior se realizó un convenio cuyo propósito consistió en evaluar los efectos que tendría el incorporarlo dentro de la población derechohabiente (Ayala et al., 2003).

Por lo que la misión de esta tesis es averiguar que ha pasado con el Modelo después de la capacitación, es decir tener un seguimiento de lo ocurrido. De esta manera lo que se pretende es averiguar si se sigue aplicando el Modelo (ver los resultados obtenidos y las ventajas de dicha aplicación) y si no se sigue aplicando, ver cuáles han sido los obstáculos, las dificultades o las barreras a las que se han enfrentado los profesionales de la salud para no aplicarlo, y de esta manera al poder identificar dichas barreras proponer posibles soluciones para que en un futuro se pueda retomar el proyecto para que llegue a una aplicación, un mantenimiento y hasta una

institucionalización, logrando así, que se haga algo en función de la prevención secundaria en los bebedores problema.

MÉTODO

OBJETIVO GENERAL

Averiguar que es lo que ha pasado con el proceso de disseminación que se llevó a cabo del Modelo de detección temprana e intervención breve con los profesionales de la salud en el IMSS.

Objetivos específicos

1. Identificar la fase a la que se llegó con el proceso de disseminación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema con los profesionales de la salud del IMSS.
2. Encontrar las razones por las cuáles aplicaron el Modelo y mencionar los resultados encontrados con la aplicación del mismo.
3. Identificar las barreras u obstáculos que pueden aparecer durante el proceso de disseminación y que impiden que se llegue a la última fase del proceso (institucionalización).
4. Proponer alternativas que permitan encontrar una solución a las barreras identificadas en el proceso de disseminación.
5. Reconocer los beneficios que la aplicación del Modelo traería tanto a los usuarios como a la propia institución.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1.- ¿Cuál es la fase del proceso de diseminación a la que se llegó con éxito con la aplicación del Modelo de detección temprana e intervención breve en el IMSS?
- 2.- ¿Cuáles son las razones por las cuales los profesionales de la salud aplicaron el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema? y ¿qué resultados obtuvieron?
- 3.- ¿Existieron barreras durante el proceso? En caso afirmativo ¿Cuáles fueron las barreras que surgieron al aplicar el Modelo?
- 4.- ¿Cuáles son las alternativas que proponen los profesionales de la salud para vencer las barreras?
- 5.- ¿Cuáles serían los beneficios que traería la aplicación del Modelo tanto a los usuarios como al IMSS?

HIPÓTESIS DE TRABAJO

- H1: No se finaliza el proceso de diseminación del Modelo de detección temprana e intervención breve en el IMSS.
- H2: Habrá razones para aplicar el Modelo en el IMSS.
- H3: Existen resultados con la aplicación del Modelo en el IMSS.
- H4: Existen barreras que afectan el proceso de diseminación del Modelo en el IMSS.

H5: Se hallan alternativas para dar solución a las barreras encontradas durante el proceso de diseminación.

H6: Tendrá beneficios tanto para los usuarios como para la institución la aplicación del Modelo en el IMSS

VARIABLES

Definición Conceptual:

1. *Proceso de diseminación*: proceso en el cual una innovación es comunicada a través de varios canales en el tiempo entre los miembros de un sistema social (Rogers, 1995, p.5).
2. *Profesionales de la salud*: son las personas que se dedican al cuidado de la salud y que intervienen en el primer nivel de atención.
3. *Barreras*: obstáculos de diversa índole que no permiten la comunicación entre los investigadores y los usuarios, y por ende impiden que las innovaciones se adopten (Ayala et al., 2003, p. 30).
4. *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*: tratamiento de corte cognitivo-conductual, de modalidad breve que es aplicado a usuarios que presentan una dependencia baja o media al consumo de alcohol (Sobell y Sobell, 1993; Ayala y cols. 1995, cit. Ayala, Echeverría; Sobell y Sobell, 2001).

Definición operacional:

1. *Proceso de diseminación*: se medirá a través de un cuestionario.
2. *Profesionales de la salud*: se tomará a los sujetos que fueron capacitados y que tienen como profesión médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros.
3. *Barreras*: se medirá a través de un cuestionario.
4. *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve Para Bebedores Problema*: se medirá a través del cuestionario.

DISEÑO

No experimental, de tipo transeccional descriptivo; es no experimental, ya que no se manipulan deliberadamente las variables; es transeccional porque sólo se analiza el fenómeno en un momento dado; es descriptivo pues sólo se observarán los fenómenos tal y como se dan en un contexto natural para después analizarlos, implica medir una variable, por lo tanto, es la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito, y que además indica ciertas predicciones que suelen ser rudimentarias (Baptista, 1998; Rigo, 2003).

MUESTRA

Es una muestra no probabilística, de tipo intencional. Compuesta por 29 profesionales de la salud de las clínicas del sector de intervención primaria (primer nivel de atención), todos oscilando entre los 30 y 60 años de edad.

A continuación se presentan en las siguientes tablas (Tablas 1, 2, 3) las características de la muestra.

	Muestra de la investigación N = 29
Mujeres	18
Hombres	11

Tabla 1.- Muestra el número de sujetos por sexo que participaron en el estudio.

	Muestra de la investigación N = 29
Médicos familiares	22
Psicólogos	2
Trabajadores Sociales	3
Enfermeros	2

Tabla 2.- Muestra el número de sujetos por profesión que participaron en el estudio.

	Muestra de la investigación N = 29
D. F.	22
Puebla	4
Tlaxcala	3

Tabla 3.- Muestra el número de sujetos por estado que participaron en el estudio.

ESCENARIO

Se acudió a las Instituciones o clínicas en donde trabajan cada uno de los profesionales de la salud, las entrevistas se llevaron a cabo específicamente en los cubículos de las clínicas del IMSS que los doctores destinaban, en algunos casos la entrevista se realizó en los consultorios particulares de los doctores o en un salón del centro de Acapulco. Algunas de las instituciones se encuentran en otros Estados diferentes al Distrito Federal como son: Puebla y Tlaxcala, por lo que fue necesario trasladarnos a estos lugares y realizarlas.

INSTRUMENTO

Se elaboró para la recolección de los datos un cuestionario, al cual se le llamó “Seguimiento de la capacitación del Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema en el IMSS” (ver anexo 1). Este cuestionario consta de 32 preguntas abiertas y cerradas que arrojan información sobre el proceso de diseminación llevado a cabo en el IMSS. Calculándose la validez del mismo por medio de interjueces, especialistas en el área del conocimiento.

PROCEDIMIENTO

Entre 1997 y el 2000 se capacitó a 202 profesionales de la salud del IMSS de diversas partes de la República Mexicana, para la adopción y aplicación del Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. El objetivo general de dicha capacitación consistió en entrenar a los profesionales en la aplicación del Modelo, así como en la identificación, evaluación y manejo de los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol; por lo tanto, después de esta capacitación se esperó que el Modelo fuera aplicado dentro de las clínicas. Para poder saber si este objetivo tuvo éxito se hizo un seguimiento con los doctores que fueron capacitados para conocer que había sucedido con el uso del Modelo. Para lograrlo se procedió de la siguiente manera:

Primero, se delimitó el número de la muestra, ya que a pesar de que se capacitaron a 202 profesionales de la salud, debido al tiempo transcurrido entre la capacitación y el presente estudio, se tuvieron que ir descartando varios sujetos por varias razones. Se hizo por lo tanto, inicialmente una lista de 100 doctores, 75 trabajaban en clínicas del D.F., 5 en Puebla, 4 en Tlaxcala, 6 en Querétaro, 7 en Hidalgo y 3 en Morelos

Se elaboró un cuestionario que pudiera arrojar información acerca del proceso de diseminación del Modelo en el IMSS. Una vez elaborado se les pidió a los alumnos del tercer semestre de la maestría en adicciones y expertos en el tema que revisaran la entrevista para poder crear el instrumento de una manera definitiva con sus aportaciones. Con todas éstas aportaciones se crea en definitiva el cuestionario que se aplicó a los profesionales de la salud. A lo largo del proceso la muestra tuvo que disminuirse nuevamente por las siguientes causas: 46 de los profesionales cambiaron de clínica y no hubo forma de contactarlos, 11 se habían jubilado y 14 no quisieron participar. Dejando así una muestra final de 29 sujetos quienes participaron en el estudio.

Después se contacto a cada uno de ellos y se les pidió una cita para poder realizarles de manera personal la entrevista, explicándoles que era parte del seguimiento del curso de capacitación que tomaron hace tiempo. Se acudió a las clínicas en donde laboraban cada uno de los profesionales. Una vez realizada la entrevista (aplicación del cuestionario tal y como se diseñó), se les dio la gracias por su participación y se capturaron los datos en la computadora para poder realizar el análisis estadístico pertinente, en este caso sacar las frecuencias de cada una de las preguntas por separado. Posteriormente se procedió a sacar los resultados e interpretarlos.

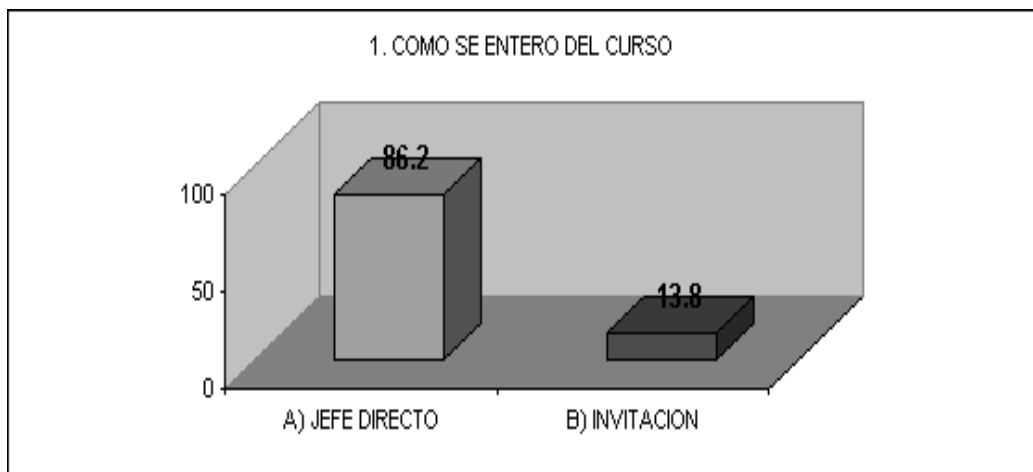
ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se llevó a cabo un análisis descriptivo, se obtuvieron las frecuencias y los porcentajes correspondientes para las preguntas cerradas, y para las preguntas abiertas se procedieron a categorizar las respuestas y con esto realizar el análisis de frecuencias y así determinar el porcentaje correspondiente.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario “Seguimiento de la capacitación del Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema a los profesionales de la salud en el IMSS” a los 29 profesionales de la salud del IMSS, los cuales son:

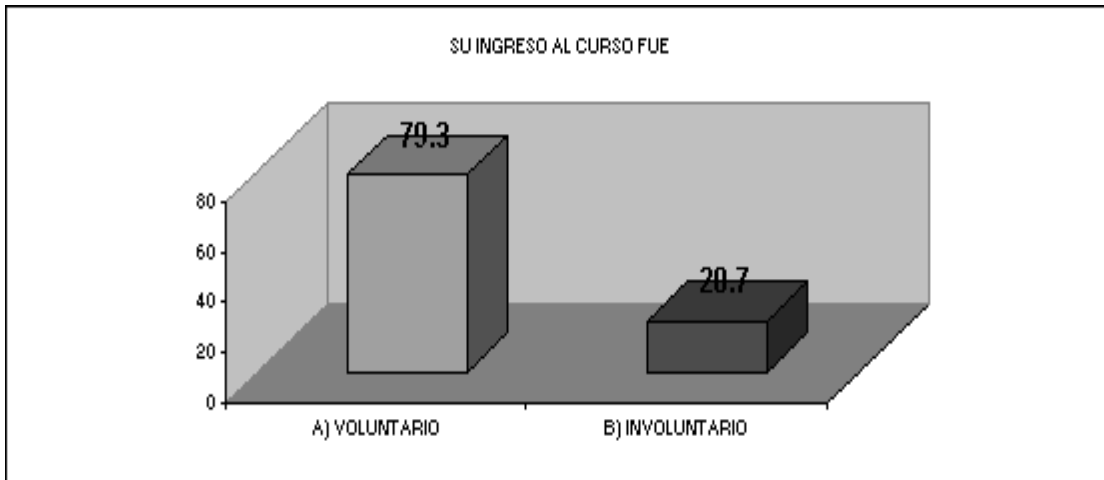
En la gráfica 1 se encuentra la manera en cómo se enteraron los participantes para el curso de capacitación, encontrando un 86.2% por invitación del jefe directo y un 13.8 % por invitación de los capacitadores.



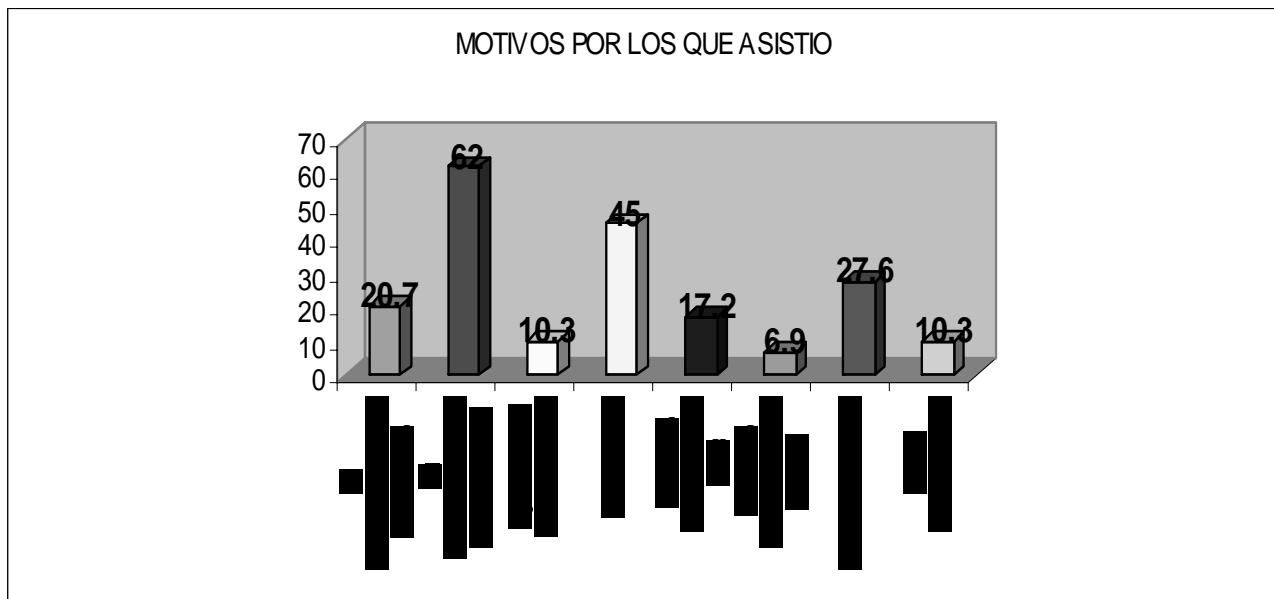
Gráfica 1. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 1 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).

En cuanto al ingreso al curso, el 79.3% de los profesionales de la salud acudieron de manera voluntaria y un 20.7% asistió de manera involuntaria a dicho curso (Ver gráfica 2); de esta manera se observa que el 62% de los participantes fueron al curso por que consideraban a éste una manera de adquirir conocimientos que pudieran ser utilizados como una herramienta en su trabajo cotidiano, el 45% asistió por interés en el tema de las adicciones, en especial por el nuevo Modelo, el 27.6% lo hizo por superación (tanto personal como profesional), el 20.7% fue por

aprender acerca del tema que se manejaba en el curso, un 17.2% mencionó que tuvo como motivos el asistir para ver al alcoholismo desde otro punto de vista al socialmente acostumbrado (bebedores problema), un 10.3% fue porque el Modelo, al ser preventivo, es una muy buena opción para conocer y finalmente un 6.9% asistió con la finalidad de capacitar a otros profesionales de la salud para la aplicación del Modelo (Ver gráfica 3).

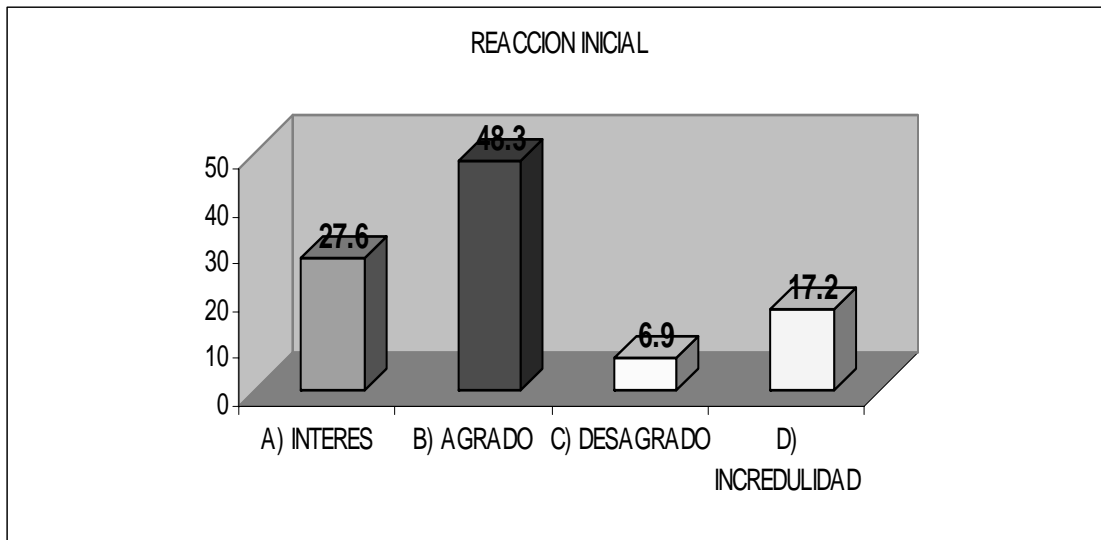


Gráfica 2. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 2 del cuestionario (ver anexo1) (n=29).



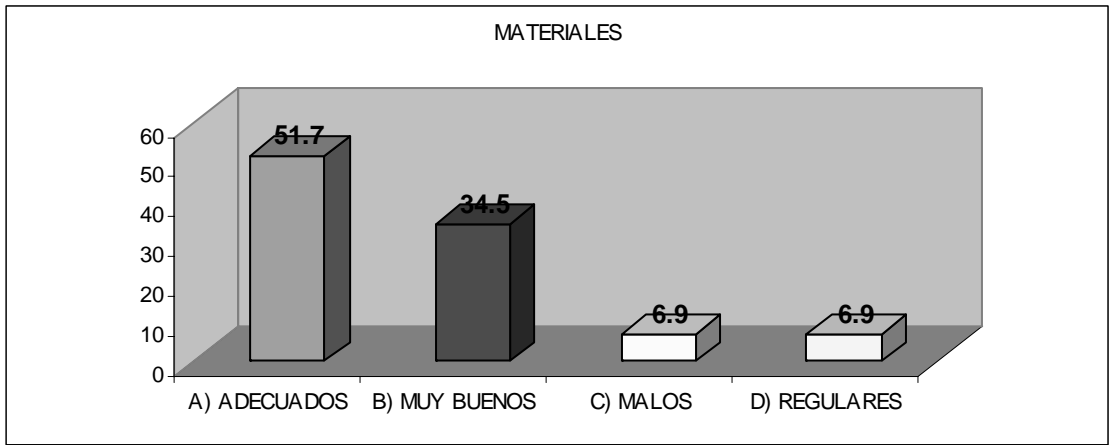
Gráfica 3. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 2a del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).

La reacción inicial de los sujetos ante el taller de capacitación se dividió de la siguiente manera, con un 48.3% la actitud fue de agrado, con un 27.6% de interés, con el 17.2% de incredulidad y finalmente un 6.9% fue de desagrado (Ver gráfica 4).

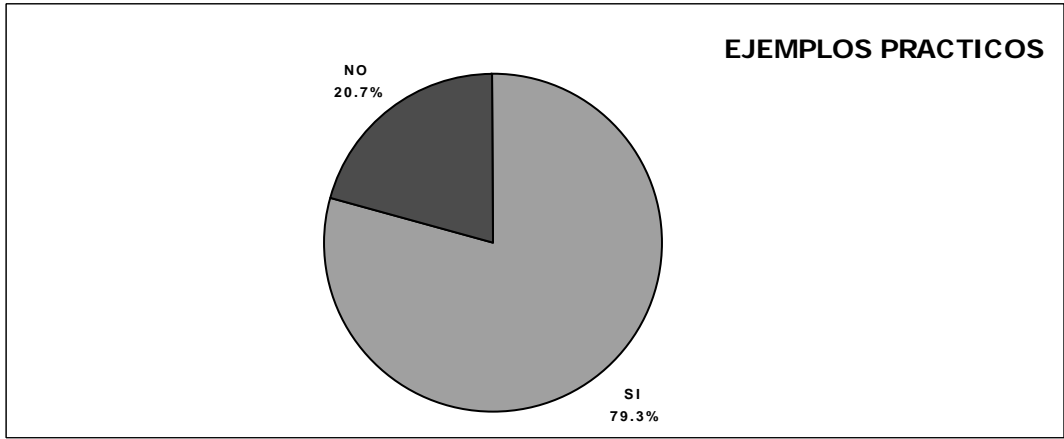


Gráfica 4. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 3 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).

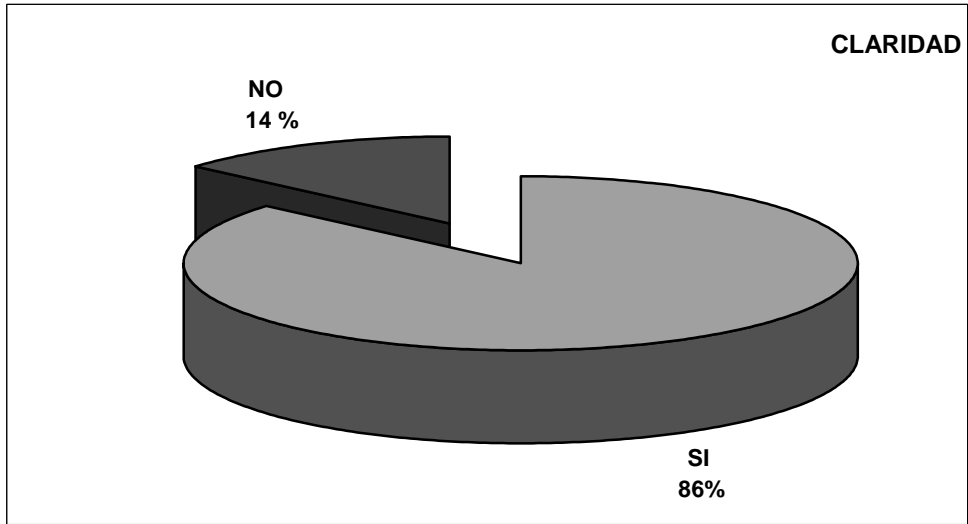
En la gráfica 5 se puede observar los resultados en cuanto a como consideraban los sujetos los materiales utilizados durante la capacitación, encontrando un 51.7% como materiales adecuados, 34.5% como muy buenos, el 6.9 como regulares y de igual manera un 6.9% como malos. En cuanto a si se habían utilizado ejemplos prácticos, un 79.3% dijeron que sí y un 20.7 que no. Así de los que contestaron que sí, el 86.4% dejaron ver que los ejemplos utilizados clarificaban los conceptos teóricos y sólo un 13.6% dijeron que no (Ver gráficas 6 y 7).



Gráfica 5. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 4 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).

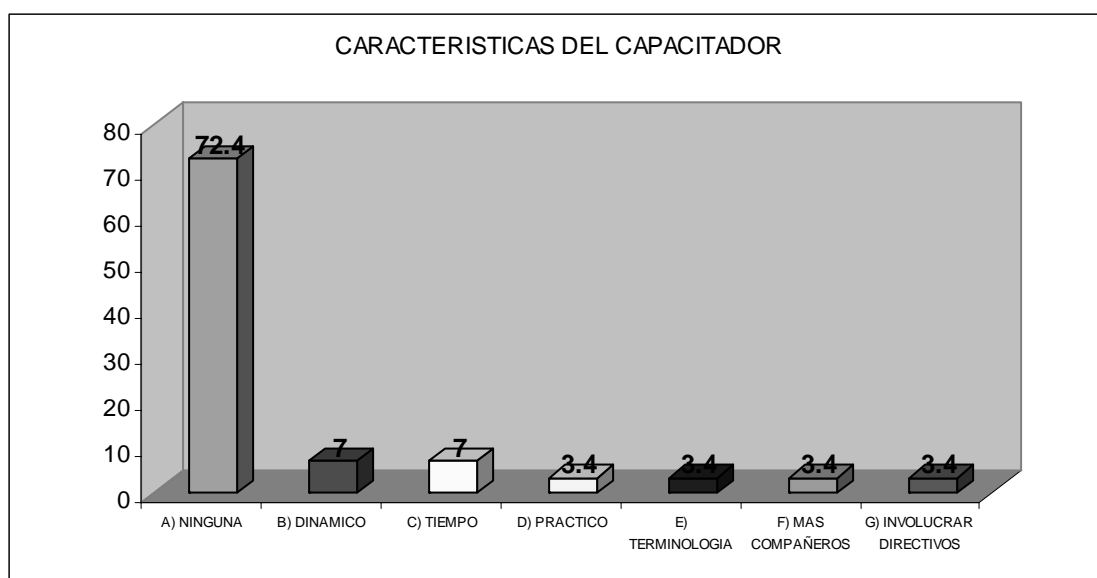


Gráfica 6. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 5 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).



Gráfica 7. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 5a del cuestionario (ver anexo 1) (n= 22).

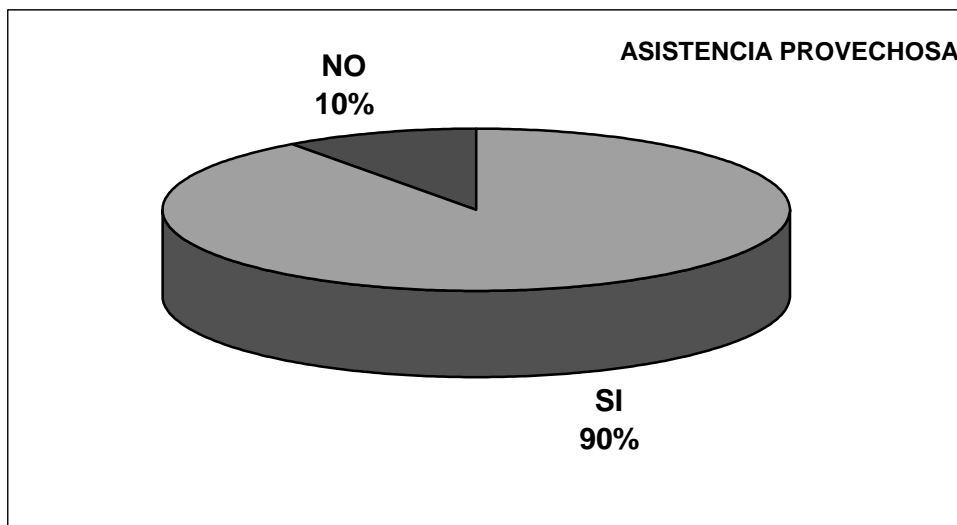
Para las características del capacitador se pidió que hicieran sugerencias para favorecer o mejorar el proceso de capacitación encontrando los siguientes rubros: un 72.4% mencionó que “ninguna” sugerencia, ya que todo había estado muy bien, el 7% que fuera más dinámico, otro 7% que el tiempo era poco para lo extenso del material a revisar en el curso, y todos los demás elementos con un 3.4% respectivamente (Ver gráfica 8).



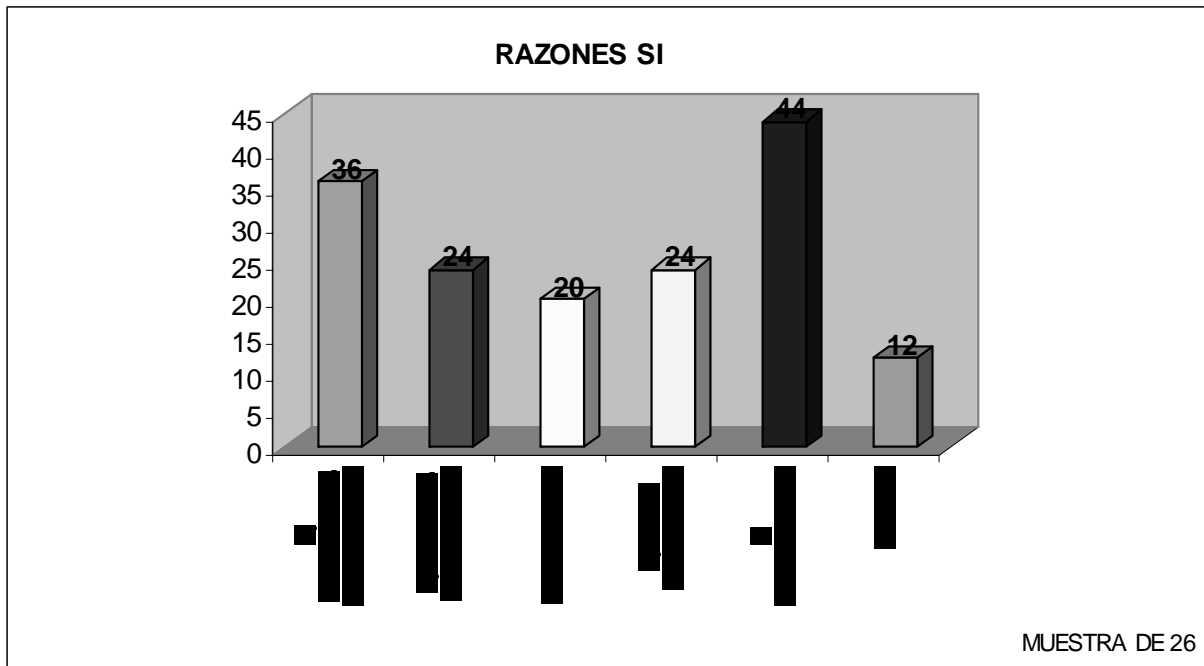
Gráfica 8. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 6 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).

La asistencia al curso fue considerada por un 90% de los sujetos como provechosa y un 10% como no provechosa; entre los sujetos que sí consideraron provechosa su asistencia se encontraron los siguientes motivos: en primer instancia y con el mayor porcentaje que fue por conocimiento con un 44%, con un 36% por que era una herramienta a utilizar durante su trabajo, con un 24% para poder ayudar a los pacientes con este tipo de problemas, un 24% por ser una nueva alternativa de

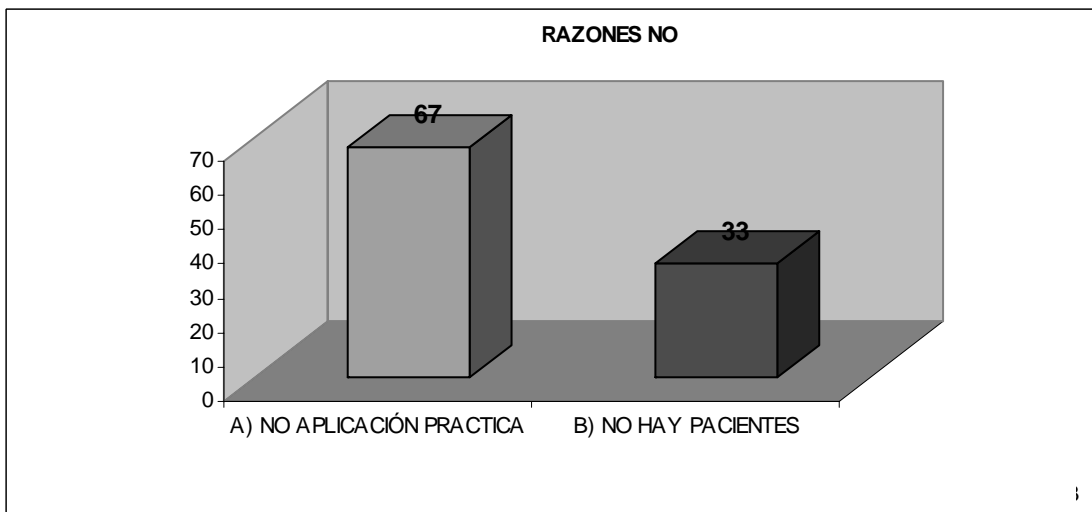
tratamiento para los problemas relacionados con el alcohol y sólo el 20% por ser un Modelo preventivo que brinda la oportunidad de impedir la adicción como tal, y un 12% otros motivos; para los sujetos que no consideraron provechosa su asistencia al curso se halló que un 67% no veían una aplicación práctica y un 33% que no hay pacientes con los cuáles trabajar (ya sea por que ellos no trabajan con pacientes o por que no acuden). (Ver gráficas 9,10 y 11).



Gráfica 9. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 7 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).

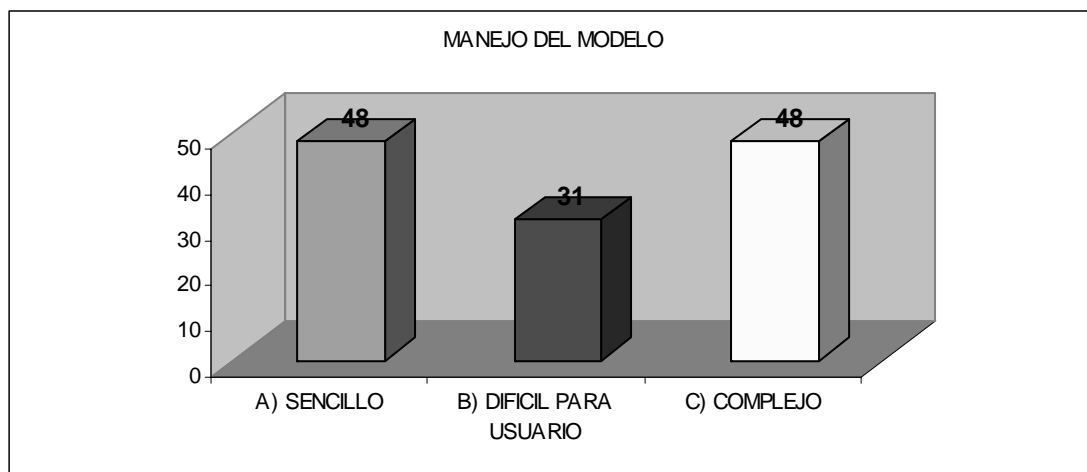


Gráfica 10. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 7a del cuestionario (ver anexo 1) (n= 26).



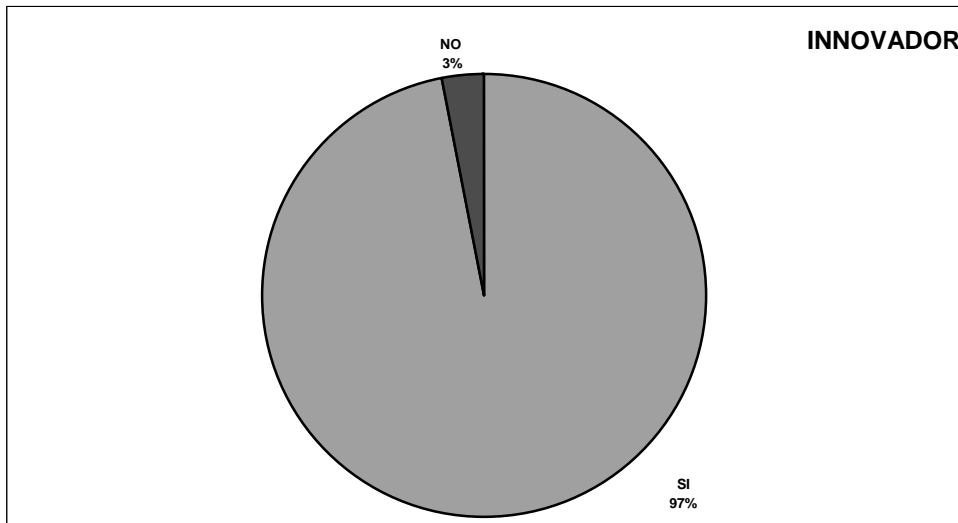
Gráfica 11. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 7b del cuestionario (ver anexo 1) (n= 3).

En cuanto al manejo del Modelo el 48% lo consideran sencillo, fácil de aplicar, un 48% lo consideran como difícil de aplicar, que es complejo y largo y con un 31% considera que la dificultad esta en los usuarios ya sea por su nivel educativo y/o cultural. (Ver gráfica 12).

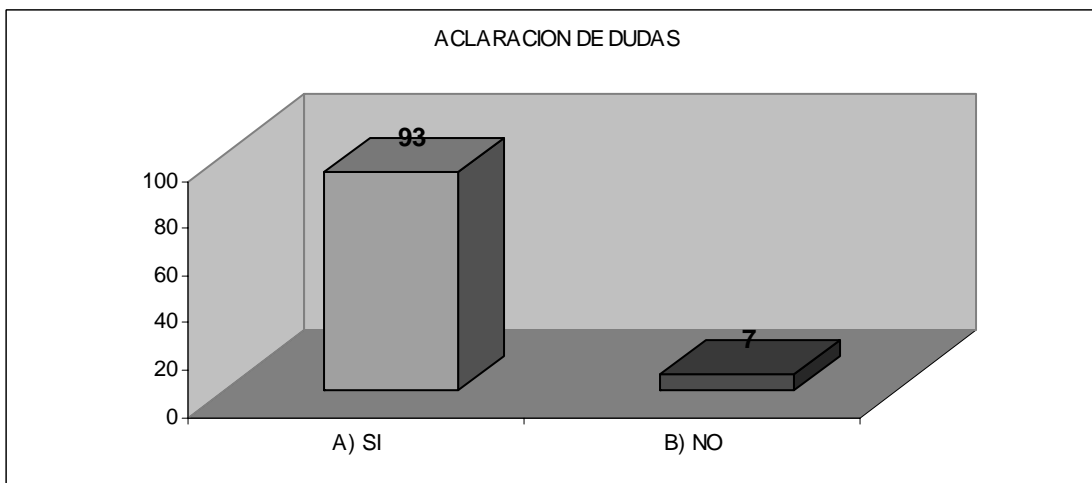


Gráfica 12. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 8 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).

El Modelo sí es considerado como una novedad o innovador por un 97% de los participantes y un 3% que no. (Ver gráfica 13). Al término de la capacitación (no sólo al término sino también durante) un 97% dijo que sí se habían aclarado las dudas acerca de la información presentada y sólo un 3% que no (Ver gráfica 14).



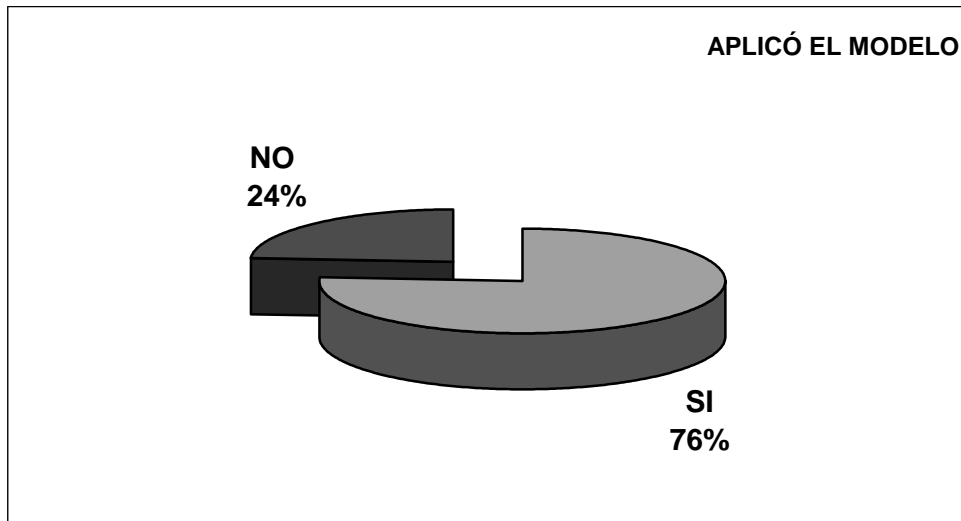
Gráfica 13. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 9 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).



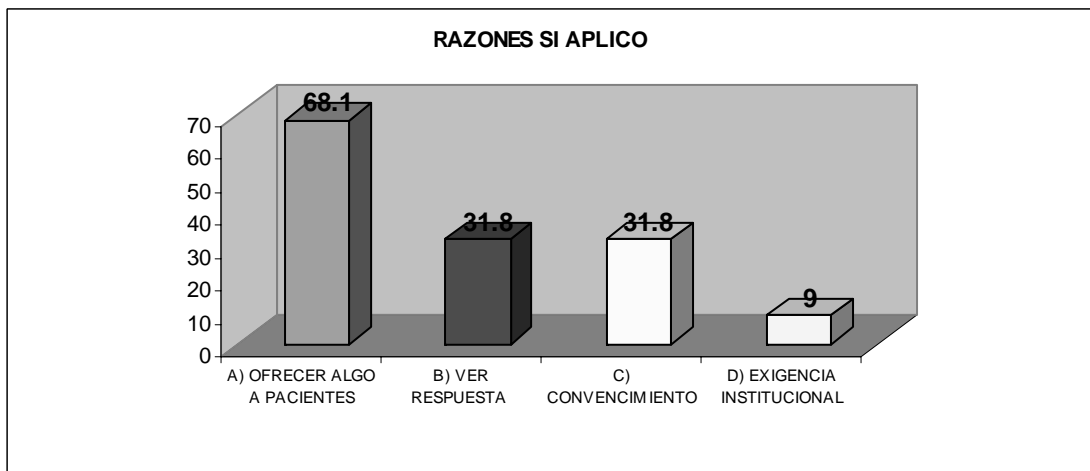
Gráfica 14. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 11 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).

Se puede observar que en la gráfica 15 un 76% de la muestra sí aplico el Modelo después de la capacitación y sólo un 24% no lo aplicó; entre las razones por las cuales lo aplicaron se encuentra con un 68.1% que era para poder ofrecerle algo a los pacientes con este tipo de problemática, el 31.8% fue para ver la respuesta al proyecto y ver los resultados que se podían obtener con este tipo de Modelo, también

con un 31.8% fue por que estaban convencidos de la utilidad del Modelo y un 9% por una exigencia de tipo institucional (Ver gráfica 16).

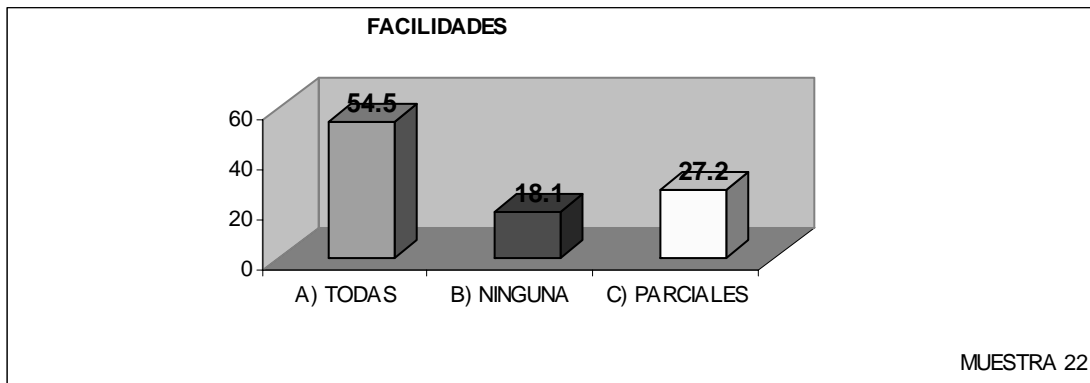


Gráfica 15. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 12 del cuestionario (ver anexo 1).



Gráfica 16. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 14 del cuestionario (ver anexo 1) (n= 22).

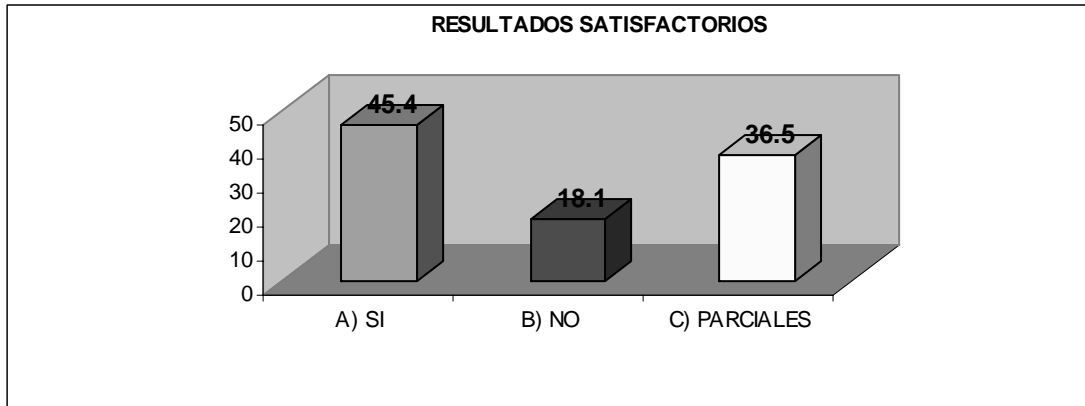
Respecto a las facilidades que tuvieron para aplicar el Modelo en el IMSS, un 54.5% mencionaron haber tenido todas las facilidades, el 27.2% que fueron parciales (ya que se encontraron con ciertos obstáculos o falta de ciertos recursos) y un 18.1% mencionaron no haber tenido las facilidades necesarias. (Ver gráfica 17).



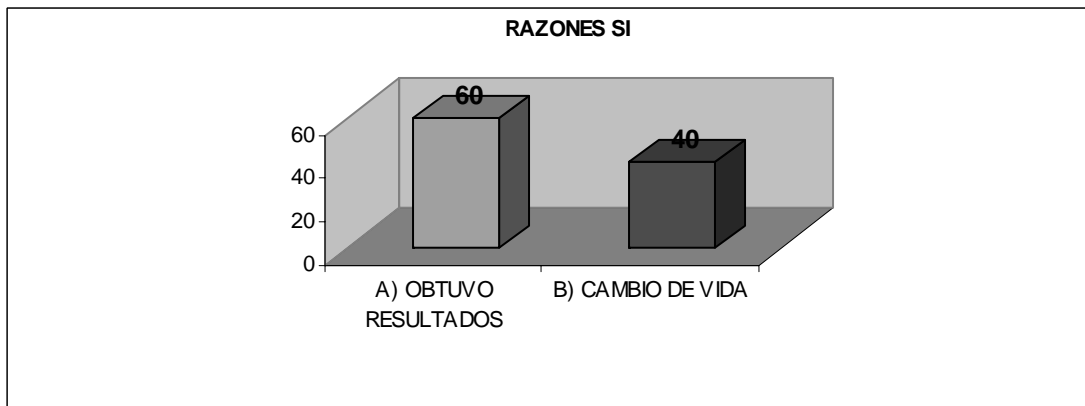
Gráfica 17. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 15 del cuestionario (ver anexo 1) (n= 22).

Así en la gráfica 18 se ve que un 45.4% encontró resultados satisfactorios al aplicar el Modelo, un 36.5% encontró resultados parciales y sólo un 18.1% no encontró resultados satisfactorios; de los sujetos que sí encontraron resultados satisfactorios con la aplicación del Modelo el 60% fue por que hubo resultados, es decir, hubo un cambio en su forma de beber, un cumplimiento de la meta establecida, y el 40% porque sí existió un cambio en la vida del usuario en todos los aspectos; de los sujetos que no encontraron resultados satisfactorios, con el 50% fue por que hubo deserción de los clientes, con un 25% fue por que no hubo un compromiso de los usuarios y el otro 25% por la falta de apoyo; y de los profesionales de la salud que encontraron resultados parciales fue con un 62.5% por que no a todos los usuarios les funcionó el Modelo (unos sí llegaban a la meta otros no), el 25% mencionó que por falta de seguimiento, un 25% el motivo era porque los usuarios solían tener problemas

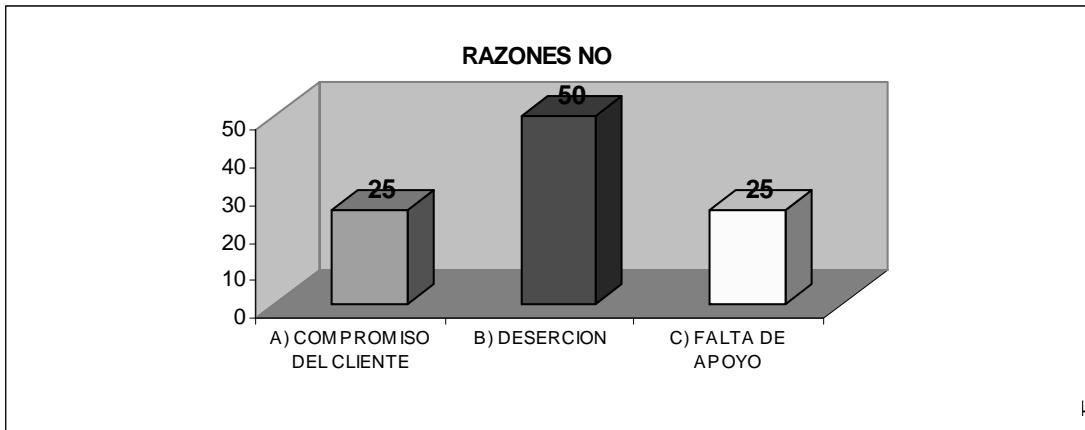
de fondo (no completaban el Modelo, no llegaban a la meta o había recaídas) y un 12.5% por la falta de motivación del cliente. (Ver gráficas 19, 20 y 21).



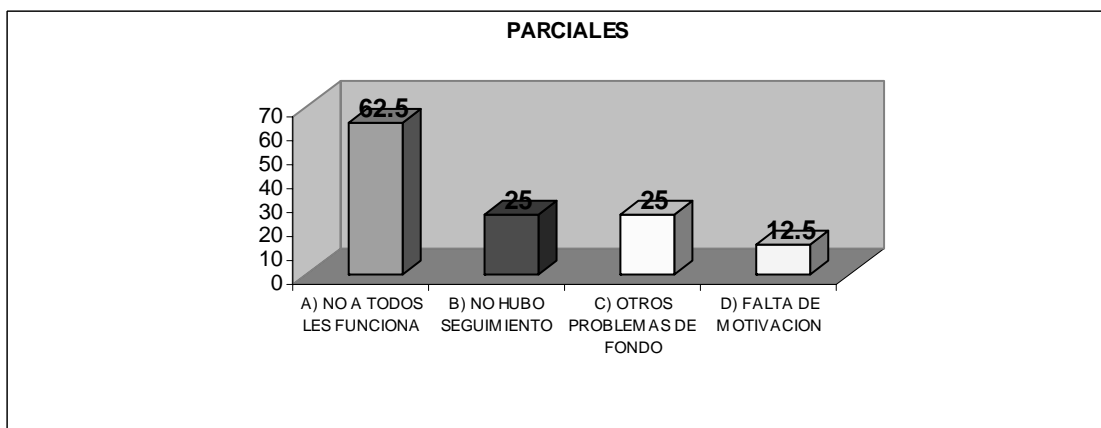
Gráfica 18. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 20 del cuestionario (ver anexo 1) (n= 22).



Gráfica 19. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 20a (ver anexo 1) (n= 10).



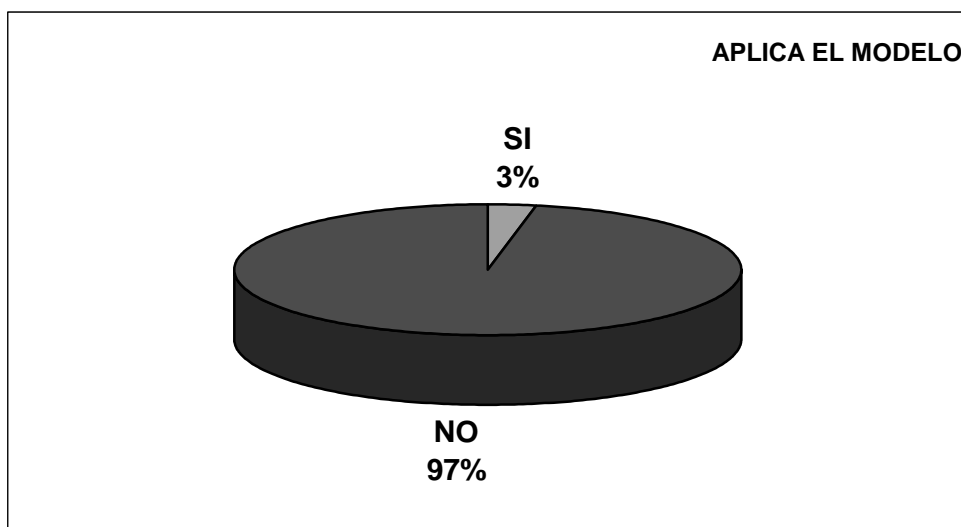
Gráfica 20. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 20b (ver anexo 1) (n= 4).



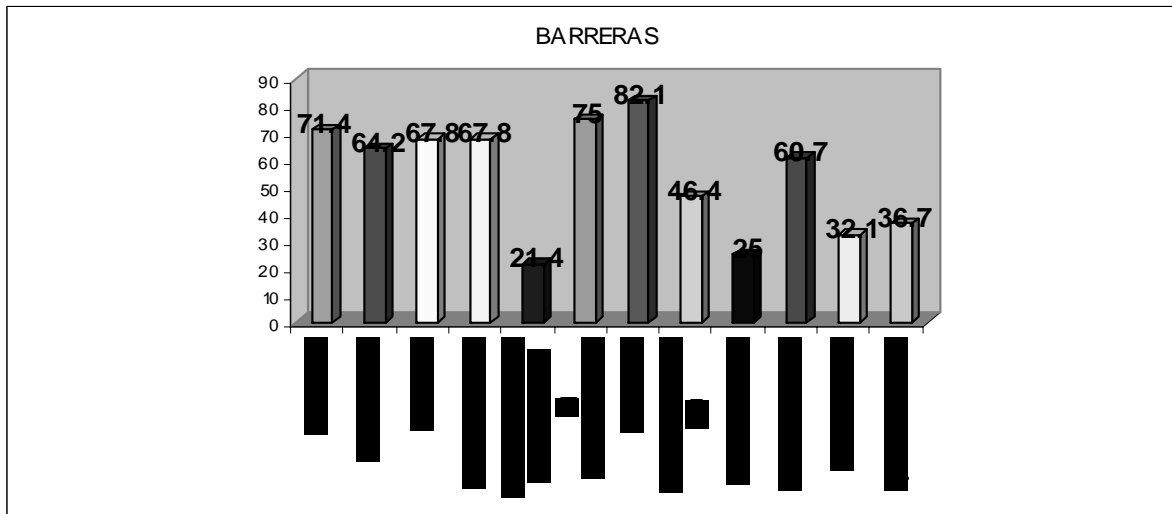
Gráfica 21. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 20c (ver anexo 1) (n= 8).

Con la gráfica 22 se puede ver que sólo un 3% aplica actualmente el Modelo y un 97% que no lo aplica; de los profesionales de la salud que no aplican el programa actualmente, encuentran como razones, barreras u obstáculos los siguientes motivos: en primer lugar con un 82.1% está relacionado con la falta de apoyo (tanto de las autoridades como de los capacitadores-investigadores), luego con un 75% algún tipo de impedimento institucional (por ejemplo no era prioritario para el IMSS o por la presión que se generaba), el tiempo fue otro obstáculo con un 71.4%, el 67.8%

mencionó el haber tenido dudas acerca del Modelo, con un mismo porcentaje encontramos la falta de materiales, el 64.2% por falta de espacios adecuados, un 60.7% mencionó que los usuarios es otro impedimento para la aplicación (no asistían, no los dejan salir de sus trabajos, o por su nivel cultural y/o educativo se les dificultaba el manejo del Modelo), el 46.4% dijo que porque actualmente el Modelo ya no se relaciona con sus actividades (por cambio de área), el 36.7% por la falta de seguimiento por parte de los investigadores-capacitadores, el 32.1% porque el Modelo es complejo (largo de aplicar), el 25% por razones personales (como la falta de motivación o el estrés) y un 21.4% por no estar de acuerdo con el Modelo. (Ver gráfica 23)

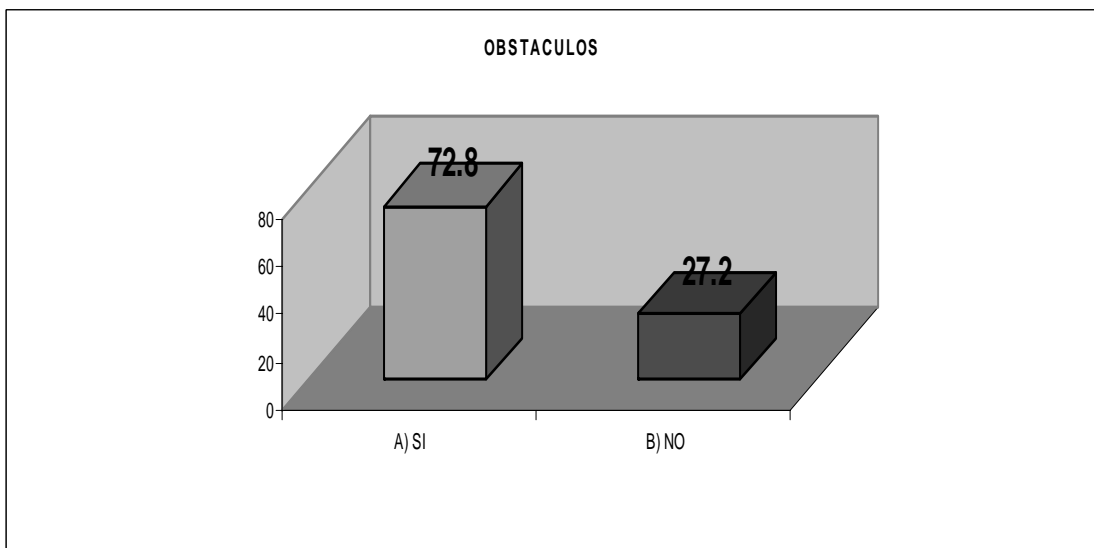


Gráfica 22. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 13 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).



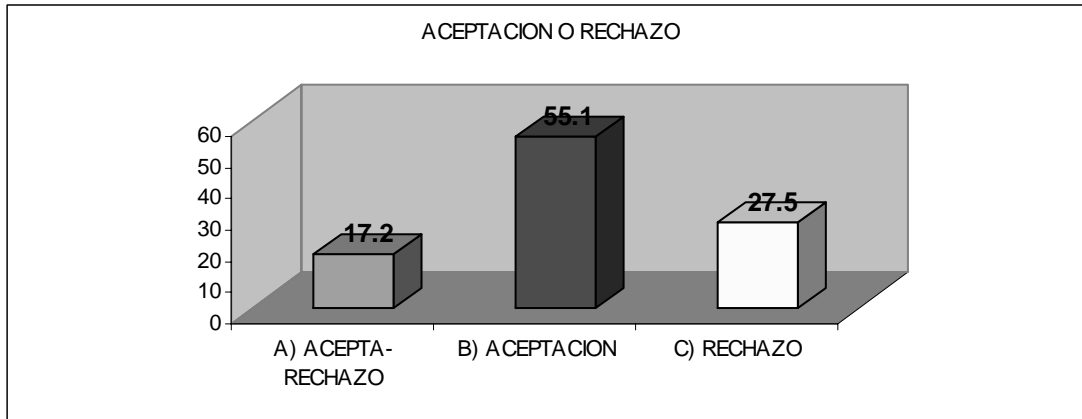
Gráfica 23. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 25 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).

El 72.8% de los participantes que aplicaron el Modelo dicen haber tenido ciertos obstáculos o dudas a la hora de su aplicación y el 27.2 que no (Ver gráfica 24)



Gráfica 24. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 18 del cuestionario (ver anexo 1) (n= 22).

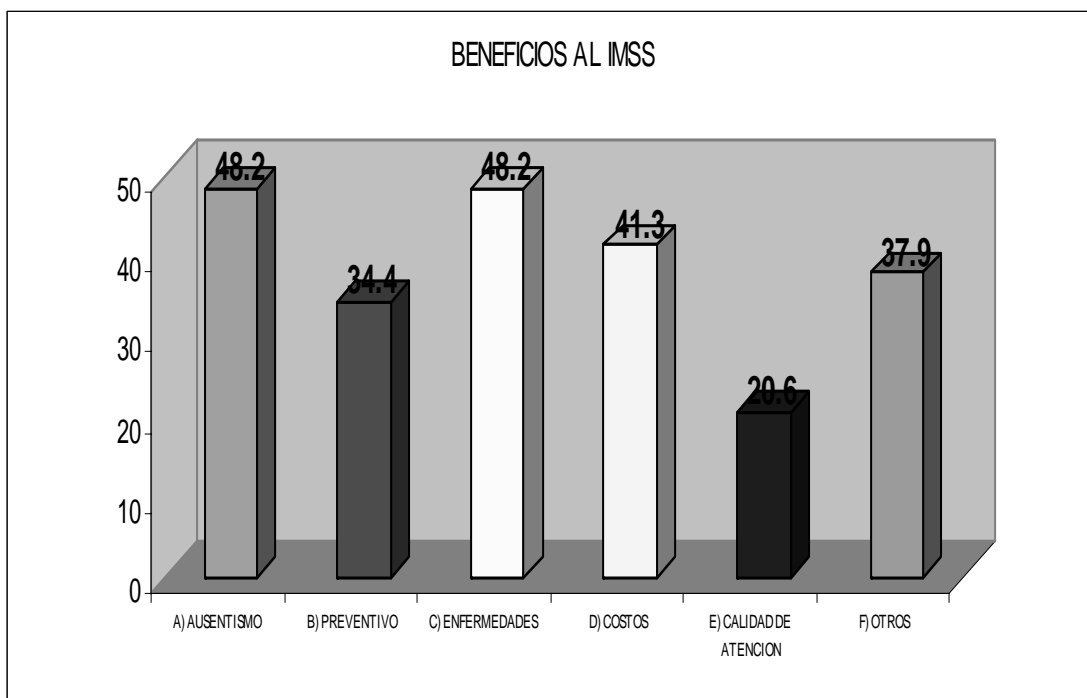
De acuerdo a los profesionales de la salud señalaron que hubo aceptación del Modelo en el IMSS un 55.1%, un 27.5% que hubo rechazo y el 17.2% que en primer instancia hubo aceptación y después rechazo. (Ver gráfica 25)



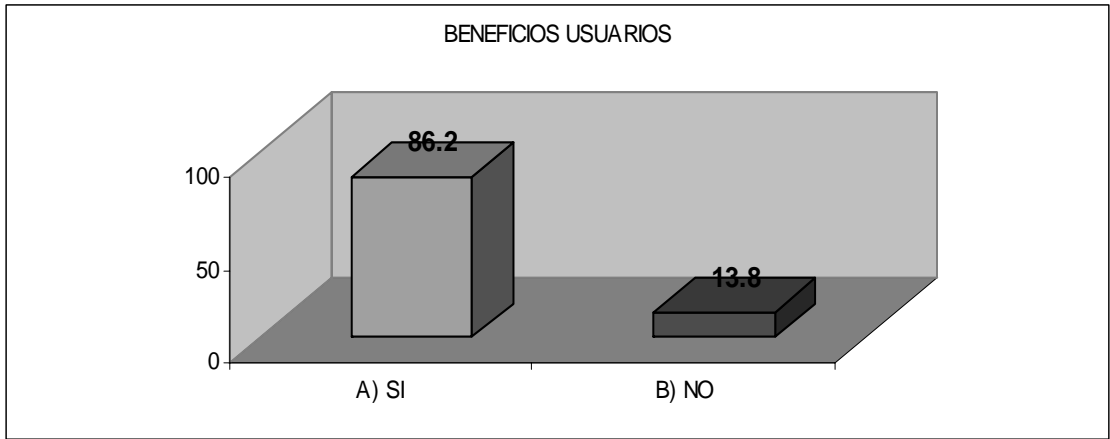
Gráfica 25. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 28 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).

Con la gráfica 26 se puede observar los beneficios que traería al IMSS la aplicación del Modelo, un 48.2% contestó que habría una disminución del ausentismo, también un 48.2% disminución de las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol, el 41.3% que disminuirían los costos relacionados con el consumo de alcohol (incapacidades, medicamentos, hospitalizaciones, número de consultas), el 37.9% otros beneficios, un 34.4% en que el Modelo es preventivo (y por lo tanto no avanza la adicción), y un 20.6% señaló que sería un beneficio por la calidad de atención que recibirían los derechohabientes; en cuanto a los beneficios de los usuarios el 86.2% mencionó que sí existían beneficios si se aplicara a los usuarios y un 13.8% que no; de los sujetos que respondieron que sí los beneficios serían: 68% disminuirían su forma de beber, el 60% disminuirían las enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol (crónicas, agudas y accidentes), el 60% que existiría un mejoramiento en la calidad de vida de los clientes, el 52% que disminuiría el ausentismo en sus actividades laborales, 48% que habría una mejoría económica, el 40% una mejoría

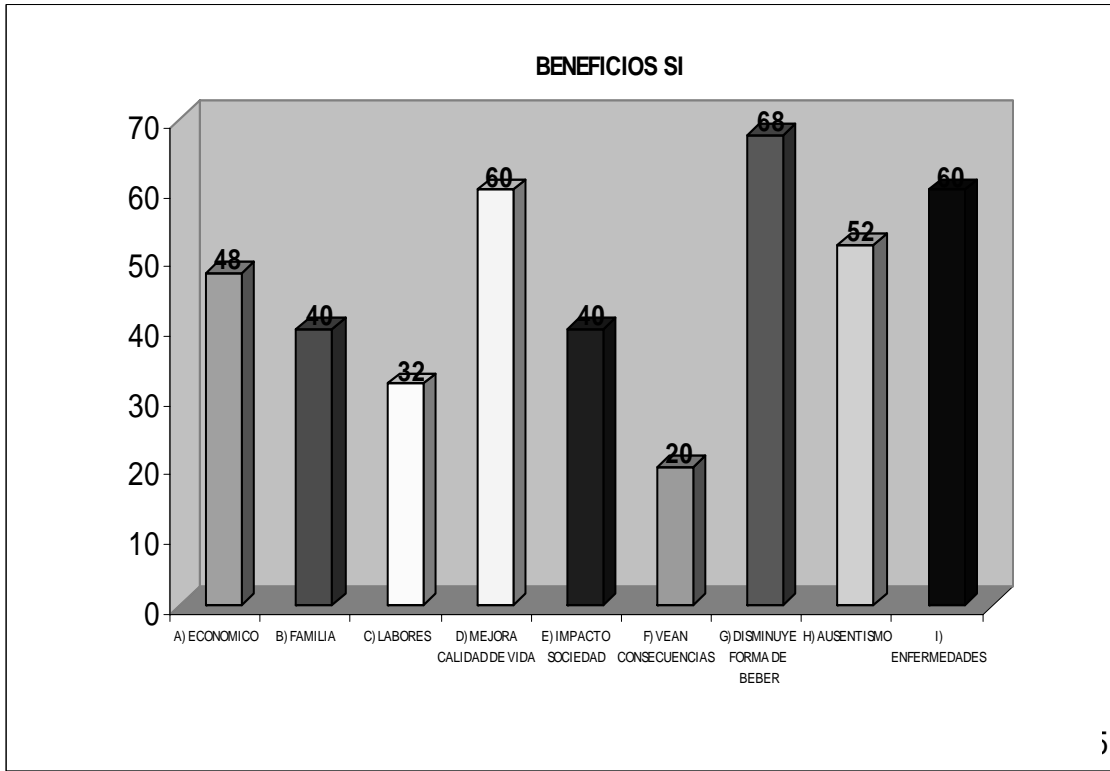
en las relaciones familiares, también un 40% en un impacto a la sociedad, el 32% en lo laboral y sólo un 20% en que los sujetos se darían cuenta de todas las consecuencias que traería seguir consumiendo de esa manera el alcohol; para los profesionales que no encontraron beneficios para los usuarios están las siguientes razones: el 50% porque los usuarios no asisten, porque no los dejan salir de su trabajo y un 50% por la falta de seguimiento.(Ver gráfica 27, 28 y 29)



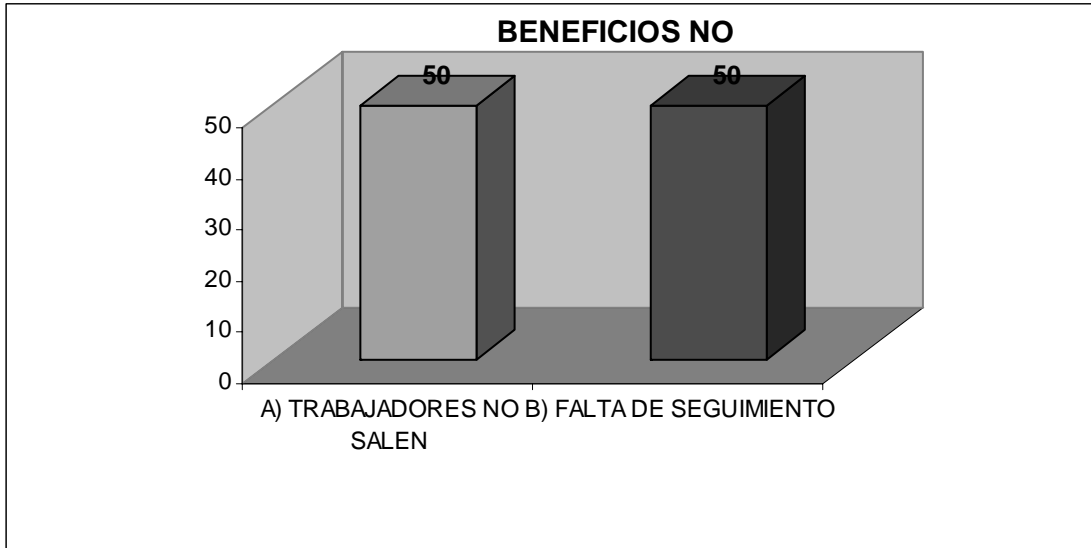
Gráfica 26. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 30 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).



Gráfica 27. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 31 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).

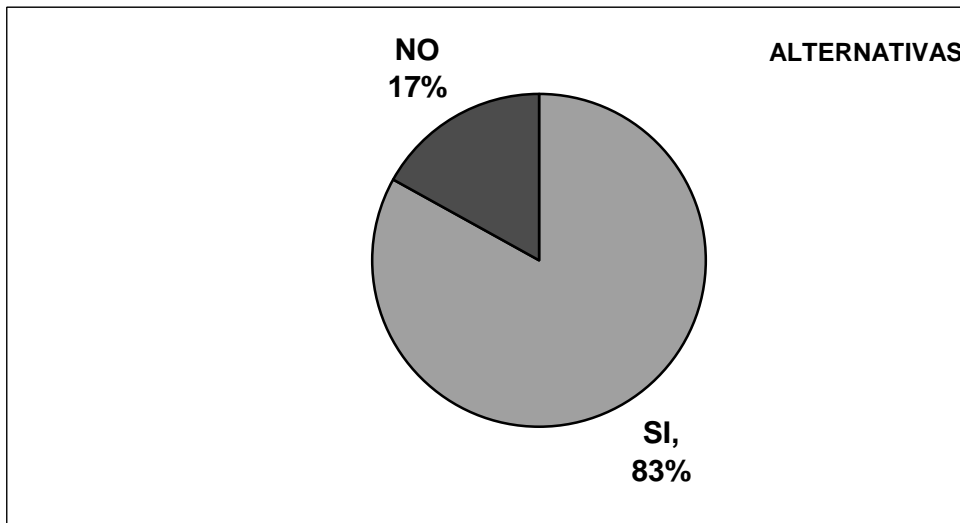


Gráfica 28. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 31a (ver anexo 1) (n=25).



Gráfica 29. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 31b (ver anexo 1) (n=4).

En la gráfica 30 se observa que el 83% de los profesionales actualmente estarían dispuestos a aplicar el Modelo nuevamente si se vencen los obstáculos y un 17% que no.



Gráfica 30. Se muestra el porcentaje de respuestas obtenidas en la pregunta 26 del cuestionario (ver anexo 1) (n=29).

A pesar de que no todos los profesionales de la salud aplicaron el Modelo, el 100% de los participantes sugirieron diferentes estrategias para poder aplicarlo dentro del IMSS. Estas estrategias se exponen en la siguiente tabla y se catalogan dependiendo del tipo de barrera que las generaría:

ESTRATEGIAS PROPUESTAS	TIPO DE BARRERA A SOLUCIONAR
Lleguen los pacientes.	Usuarios (pacientes)
Se les de las facilidades a los pacientes	Usuarios (pacientes)
Facilidades totales a los médicos (apoyo, tiempo, materiales, espacios)	Institución
Se acorte el programa	Modelo, Capacitadores
Cambios en las políticas institucionales	Institución
Seguimiento por parte de los investigadores-capacitadores	Capacitadores
Se aplique en privado	Clínicos
Capacitación-actualización	Capacitadores, Institución, Clínicos
Personal de apoyo (psicológico)	Institución
Se aplique en forma grupal	Modelo
Se difunda el Modelo	Capacitadores, Institución
Buscar a los interesados en participar en la capacitación	Capacitadores, Institución, Clínicos
Convenios institucionales	Institución, Capacitadores
Buscar a líderes	Capacitadores
Publicar resultados	Capacitadores
Contratar a gente por honorarios	Institución
Un médico por unidad médica	Institución

Dentro de las modificaciones que se hicieron del Modelo a la hora de aplicarlo, un 45% de los sujetos proporcionaron más número de sesiones a las 6 contempladas.

De los profesionales de la salud que aplicaron el Modelo la media de pacientes por profesional fue de 12 usuarios, la mayoría con las siguientes características: Hombres, mayores de 30 años, escolaridad nivel medio, casi todos empleados con una dependencia entre media y alta.

NOTA: En algunas gráficas al sumar los porcentajes no da el 100% ya que en esas preguntas los profesionales de la salud pudieron haber contestado con más de dos respuestas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente capítulo se discutirán los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario así como lo referente al marco teórico que sustenta la investigación.

Para dar respuesta a las preguntas de investigación, se irán describiendo cada una de las fases que comprenden el proceso de diseminación haciendo mención en cada una de ellas y lo que se encontró en los resultados.

En cuanto a la primera fase del proceso (la difusión) se puede decir que la transferencia de los conocimientos entre los investigadores-capacitadores y los profesionales de la salud se dio de manera adecuada, esto se puede ver mediante los siguientes indicadores: los materiales utilizados durante la capacitación, un 86% consideran que fueron adecuados-muy buenos, el 79% que sí hubo ejemplos prácticos y para un 86% estos ejemplos les ayudaron a que fueran más clara la información teórica presentada en el curso, además un 97% menciona que sí hubo un momento para aclarar las dudas pertinente, así como en general no hubo una sugerencia significativa para el capacitador. Por lo tanto se puede concluir que durante esta fase no existieron barreras dando pie a que el proceso de diseminación avanzará a la siguiente fase.

En la segunda fase del proceso (la adopción) se encontró lo siguiente: existió un alto porcentaje de aceptación al Modelo ya que pesar de que el 86% de los sujetos fue invitado por su jefe directo el 79% asistió de manera voluntaria. Los motivos por los que asistieron al curso fueron variados, entre los que destacan: que la información la podrían utilizar como una herramienta para su trabajo cotidiano, tenían cierto interés en asistir al curso, así como una superación personal y un conocimiento acerca del tema. La reacción inicial que mostraron ante este curso fue de agrado-interés (76%), el 90% consideró provechosa su asistencia a la capacitación encontrando razones como: un conocimiento del tema, una herramienta para su

trabajo, una nueva alternativa de tratamiento para una población específica, y así poder ayudar a los pacientes y el 97% consideró innovador el Modelo. Con todas estas referencias se puede decir que existió una influencia del curso de capacitación hacia los profesionales de la salud para que se diera una adopción del Modelo – encontrando atributos en la innovación (Rogers, 1995) que son necesarios para una adopción como son: una ventaja relativa que se refleja con el 62% que consideran al Modelo como una buena opción para ofrecer algo a los pacientes, la compatibilidad estuvo presente cuando el 75% consideró el Modelo como una necesidad ante la problemática del alcohol y por lo tanto la consideran una herramienta de trabajo útil, la aplicabilidad que se refleja con el 76% de sujetos que aplicaron inicialmente el Modelo y finalmente la observabilidad ya que el 45% considero tener resultados satisfactorios que se hicieron evidentes con el cambio de vida de los pacientes-, por consiguiente se puede decir nuevamente que se avanzó a la siguiente fase del proceso de diseminación.

Para la tercera fase del proceso (instrumentación) se encontró que un 76% aplicó el Modelo después de la capacitación, y que este porcentaje sí encontró razones para aplicar el Modelo dentro de las cuales se encuentran las siguientes: por ofrecer algo a los pacientes o usuarios de sus servicios, por convencimiento del Modelo así como para ver la respuesta del Modelo a la práctica. Se puede hablar entonces de un uso inicial de la innovación (el Modelo). En cuanto a las facilidades dadas para la aplicación del Modelo sólo un 54% las tuvo todas y el resto fueron parciales o ninguna, lo que podría empezar a indicar otra vez ciertas barreras dentro del proceso de diseminación, además de que a la hora de aplicar el Modelo un 73% encontró ciertos obstáculos (como dudas, el tiempo y de parte de los usuarios o pacientes). Pese a esto, los resultados obtenidos con el Modelo fueron para un 45% satisfactorios ya que sí se obtuvieron resultados llegando a la meta establecida en el programa y hubo un cambio en el estilo de vida de los usuarios. Para un 36% los resultados fueron parciales porque algunos de los obstáculos que se presentaron fueron: para un 62% dijo que no a todos les funciona el Modelo -sin embargo en este

punto es importante aclarar que el Modelo esta diseñado para los bebedores problema y no para personas que sufren una dependencia severa-, un 25% que no hubo un seguimiento a los usuarios, además de que un 25% consideran que los usuarios suelen tener otros problemas de fondo que se necesitan trabajar y no solamente con lo relacionado a la bebida, y un 12% dijo no haber encontrado resultados principalmente por circunstancias relacionadas con el usuario (deserción, falta de compromiso del cliente). A pesar de que no todos los profesionales obtuvieron resultados satisfactorios, partiendo de los datos anteriores se puede decir que sí existieron resultados con la aplicación del Modelo.

Un 48% de los profesionales de la salud mencionaron que la aplicación del Modelo era compleja, lo que podría indicar una cierta dificultad al aplicar el Modelo. Dentro de esta fase una vez que lo aplican se da la re-inención (Rogers, 1995) ya que de los sujetos que aplicaron el Modelo el 45% de los profesionales hicieron modificaciones siendo éstas más sobresalientes en el aumento del número de sesiones contempladas por el Modelo (ya sea por tiempo o por petición del propio caso). Se puede ver que para esta fase se empiezan a dar ciertas dificultades para aplicar el Modelo, sin embargo, la media de pacientes o usuarios que fueron atendidos con este Modelo por los profesionales de la salud que sí aplicaron el Modelo es de 12 dando con esto un acercamiento contundente a la cuarta fase del proceso (mantenimiento), empero no hubo una aplicación sostenida a través del tiempo (desde el momento de la capacitación hasta la actualidad) por lo que la fase no se completa del todo y por consiguiente la última fase del proceso (institucionalización) no se llevó a cabo ya que sólo un 3% de los profesionales de la salud actualmente aplican el Modelo, no hubo un cambio en las políticas de la salud con respecto a la incorporación del Modelo en las acciones preventivas del IMSS, además de que sí se reportaron barreras u obstáculos que impiden desde un inicio hasta el final del proceso (quizá en diferente impacto) que se llegue a un buen fin el proceso.

Dentro de las barreras encontradas en la investigación se citan las siguientes:

- *Institución*: falta de materiales, de espacios adecuados, de tiempo y de apoyo en general.
- *Capacitadores*: falta de apoyo a los médicos y seguimiento del proceso de disseminación.
- *Modelo*: que es complejo
- *Clínicos*: existieron dudas, algunos estuvieron en desacuerdo con el Modelo desde un principio, algunos consideraron que el Modelo no estaba relacionado con las actividades que ellos desempeñaban dentro de la clínica actualmente o simplemente por cosas personales.
- *Usuarios*: deserción, su nivel de escolaridad y/o cultural, que las empresas no autorizan sus salidas para asistir a las sesiones.

Existen además otras clasificaciones de las barreras. Algunas de ellas son citadas por otros autores, por ejemplo, para Backer et al., (1995); Lehman et al., (2002); Lomas, (1993); Sobell, (1996) los factores o barreras se podrían dividir en organizacionales, en factores del programa y factores clínicos. Dentro de los primeros, los organizacionales, mencionan problemas con la infraestructura de la organización a la cual se quiere implementar la innovación, encontrando en la investigación con un 75% a un tipo de impedimento institucional (presión con otras actividades más importantes o prioritarias a la aplicación del Modelo) así como una falta de apoyo (82%) para llevar la aplicación. Dentro de los factores del programa los autores mencionan lo referente a que los recursos disponibles (equipo, tiempo, espacio) pueden afectar el proceso, encontrando en esta investigación, al igual que ellos, la falta de tiempo (71%), la falta de espacios adecuados (64%), y la falta de materiales (68%). Y en cuanto a los factores clínicos se incluyen como obstáculos la falta de tiempo, las diferentes ideologías, falta de familiaridad con el proceso de investigación, así como fallas en el proceso de dar a conocer la información, encontrando en esta investigación dentro de estos factores el tiempo (71%), dudas acerca de su aplicación (68%), el 21% está en desacuerdo con lo que propone el Modelo, el 46% menciona

que actualmente sus actividades no están relacionadas con el servicio que ofrece el Modelo y un 25% por motivos personales (como la falta de motivación o el estrés).

De acuerdo con Ayala et al., (2003) se pueden clasificar las barreras de la siguiente manera: diferentes estructuras conceptuales, barreras institucionales, barreras estructurales, obstáculos físicos y barreras profesionales. En cuanto a las diferentes estructuras conceptuales se encuentran todas las que estén relacionadas con diferentes ideologías o disciplinas diferentes, por lo que en la investigación se encontró la barrera con un 21% el desacuerdo con lo que propone el Modelo. En las barreras institucionales se encuentran la falta de apoyo a ciertas innovaciones así como a que no se realizan los cambios de políticas pertinentes, encontrando de estas con un 75% las de tipo institucional, la falta de apoyo con un 82%, así como la falta de materiales, espacios adecuados y el tiempo necesario para la aplicación del Modelo. En cuanto a las barreras estructurales el autor menciona que surgen cuando la estructura de la investigación no corresponde a las necesidades de los usuarios, en este caso dentro de la investigación se encuentra como barreras las siguientes: las actividades de los profesionales actualmente no se relaciona con lo que propone el Modelo (46%) y el 21% de ellos no esta de acuerdo con lo que propone dicho Modelo Para los obstáculos físicos estos se presentan cuando los escenarios de la investigación y la práctica clínica se encuentran en lugares diferentes, para estas se pueden mencionar dentro de la presente investigación la falta de apoyo y seguimiento por parte de los investigadores-capacitadores (82% y 37% respectivamente). Y para las barreras profesionales se da cuando los investigadores desarrollan intervenciones efectivas y metodológicas, mientras que los clínicos sólo se preocupan por lo que sea necesario para ellos, encontrando en esta investigación en que los profesionales de la salud (21%) está en desacuerdo. Además de las barreras mencionadas la investigación arrojó como obstáculos lo complejo del Modelo (que es largo y que se invierte mucho tiempo); y a lo concerniente con los usuarios (61%) como la falta de educación y/o cultura, la deserción y que no tienen las facilidades para salir de sus trabajos.

Una vez identificadas las barreras que impiden que se complete de manera efectiva un proceso de disseminación, las estrategias o soluciones a seguirse son básicas, si es que se quiere impactar de verdad en la problemática -en este caso de las adicciones-; entre las soluciones que propusieron los profesionales de la salud se encuentran las siguientes: al igual que en las barreras se pudieron englobar en 5 categorías en general las soluciones que proponen los profesionales también se pueden englobar en las mismas categorías, por ejemplo para las barreras de los pacientes se propone que se le den todas las facilidades en las empresas en las que laboran y se haga algo en medida de que éstos lleguen; para las barreras de los profesionales proponen que se les capacite; para las barreras institucionales mencionan que dentro de las opciones se les otorgue todas las facilidades de tiempo, espacio y materiales para la aplicación del mismo así como el apoyo de un psicólogo que los ayude; para las barreras del Modelo sugieren que se acorte y para las barreras de los capacitadores sugieren que se realicen convenios más fuertes, capacitación y seguimiento además de buscar a los líderes dentro de la institución. Todo esto nos da pie a que las soluciones se encuentran precisamente en identificar los obstáculos que impiden que se lleve a cabo el proceso, por lo tanto, como lo menciona Crosswaite y Curtice, (1994) las barreras que impiden una disseminación efectiva deben identificarse y confrontarse.

Además de que los profesionales de la salud (83%) estarían dispuestos a retomar el proyecto y aplicar el programa si se confrontan y resuelven las barreras. Con todo esto para que una disseminación funcione se deben de dar a conocer y/o tener más acceso a la información acerca de las innovaciones con soporte empírico (Beutler et al., 1993) y tener un mayor acercamiento entre los investigadores con los clínicos y acortar esa distancia mediante una comunicación efectiva y un mayor involucramiento por parte de ambos. Otros elementos importantes son la capacitación y la difusión para poder llevar a buen término una disseminación.

Finalmente, los profesionales sí encontraron beneficios para el IMSS si se aplicará de manera permanente el Modelo, entre ellos: disminuiría el ausentismo y todos los costos que trae consigo el consumo de alcohol y esto además impactaría también a los usuarios mejorando su calidad de vida, disminuyendo su consumo, como los cita también Ayala (et al., 2001; Ayala et al., 2003).

CONCLUSIONES:

Para concluir, es muy importante dar a conocer las innovaciones o las investigaciones hechas empíricamente para que se tenga un impacto de manera contundente en los problemas psicológicos y de salud de la población, por lo que no sólo es importante diseminar las innovaciones de una manera efectiva sino también contar con información respecto a la propia diseminación ya que sólo conociendo como se da el proceso es como se puede realmente llevar a cabo una diseminación efectiva y que impacte en el sector salud en este caso.

Se encontraron grandes ventajas al aplicar el Modelo dentro del IMSS, aunado a esto traería beneficios si se aplicará de manera permanente como parte de las políticas del PREVENIMSS, sin embargo se encontraron barreras que impiden que se lleve a cabo una aplicación definitiva en el IMSS, estas se podría englobar de manera general en: barreras referente a los clínicos que aplican el Modelo, barreras institucionales, barreras en cuanto al propio Modelo, barreras que implican a los usuarios con problemas en su forma de beber y barreras de los investigadores-capacitadores, por lo que se puede concluir que además del nexo que debe de existir entre investigadores-capacitadores y clínicos debe de pensarse en variables como el lugar en el cual se va a llevar a cabo la diseminación (acuerdos más fuertes en la estructura social), tanto las posibles limitantes de la innovación, en este caso del Modelo, como de los usuarios o las personas que van a recibir el beneficio con este tratamiento (trabajar en el estigma que existe en torno a la problemática del alcohol y evitar la negación de dichos problemas y puedan recibir la atención necesaria) . Por lo

tanto se debe trabajar fuertemente en estas cinco esferas (barreras generales) para que realmente se de un impacto en la disseminación de tratamientos breves, de bajo costo, efectivos, de prevención secundaria (a través de un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz) y con un sustento teórico-empírico, como lo es el Modelo, como parte de un primer nivel de asistencia para que tenga un impacto en las estadísticas que son cada vez más alarmantes en referencia al consumo excesivo de alcohol, y de esta manera disminuyan todos los costos asociados a dicho consumo.

Así con esta investigación, si en su momento no se retoma el proyecto para el IMSS, da pauta para ver que sí es necesario que se haga algo en materia de prevención secundaria con una población en alto riesgo, los bebedores problema, ya sea a nivel institucional o a nivel privado. Por todo lo dicho este trabajo es un antecedente de que si se da oportunidad de aplicar las innovaciones dentro de las instituciones públicas y se da el apoyo suficiente y estas innovaciones resultan efectivas deberían de quedarse como estrategias permanentes, sin embargo hay mucho trabajo que hacer en este campo y se requiere de la cooperación de todos los involucrados (institución, investigadores, clínicos, usuarios a recibir el tratamiento y el apoyo de las empresas en donde laboran los sujetos).

Se puede concluir de manera general que a pesar de que el Modelo no está dentro de las políticas de salud éste sirvió como un buen intento en cuanto a cómo se da la disseminación de las innovaciones en México así como también del impacto que tuvo tanto a nivel personal y profesional con los profesionales de la salud, además del impacto que tuvo la aplicación del Modelo en los usuarios del IMSS, que en última instancia es el cometido de toda innovación que va dirigida a mejorar la calidad de vida del usuario como lo es en este caso el Modelo.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

Las sugerencias son:

- 1.- Que se aplique de manera permanente el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.
- 2.- Que tanto los capacitadores como la institución se comprometan a enfrentar las barreras que se identificaron en el proceso de diseminación para que exista un beneficio real con la aplicación del Modelo.
- 3.- Que los capacitadores busquen otras alternativas para promover el uso del Modelo en otras instituciones (por ejemplo en el sector privado).
- 4.- Que antes de comenzar a diseminar cualquier tipo de información se identifique a los líderes y que los agentes de cambio (en este caso los capacitadores) desempeñen sus funciones de manera activa.

Una de las limitaciones que se tuvo en la investigación es el tiempo transcurrido entre el último contacto con los profesionales de la salud hasta éste seguimiento ya que con esto se perdieron datos muy importantes para la investigación, sumado a esto no se logró contactar, por diferentes motivos, a la muestra contemplada, con lo que nos habla precisamente de un obstáculo muy importante y que no se ha citado de manera contundente hasta este momento, la falta de comunicación entre las dos partes: (investigadores-capacitadores y clínicos), por lo que hay que tener en cuenta la importancia de un seguimiento si es que se quiere completar las cinco fases del proceso de diseminación, además claro, de vencer las demás barreras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Addis, M. E., (1997). Evaluating the treatment manual as a means of disseminating empirically validated psychotherapies. Clinical Psychology Science and Practice, 4, 1-11.

Anderson, J. R. (2001) Aprendizaje y memoria México: Mc Graw Hill- Interamericana.

Annis, H. M. y Graham, M. (2001). Antecedents to alcohol use: modal profile types among heavy drinkers seeking treatment. En Ayala, V. H. y Echeverría, S. L. (comp.). Tratamiento de conductas adictivas. (pp. 53-66). México: UNAM.

Archer, L. (1991). Marketing new ideas about treatment. Alcohol health,15, 213-214.

Ayala, H. E. (2001). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: resultados iniciales. En Ayala, V. H. y Echeverría, S. L. (comp). Tratamiento de conductas adictivas. (pp.81-92). México, UNAM.

Ayala, H. E., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. L. y Gutiérrez, L. M. (1998). Manual de autoayuda para personas con problemas con su forma de beber. México: UNAM.

Ayala, H.E., Carrascoza, C., y Echeverría, L. (2003). Desarrollo de políticas de salud en la esfera de las adicciones. Difusión del Modelo de autocambio dirigido en instituciones de salud en México. Thomson Psicología 1 (2), 17-34.

Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (2001). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. En Ayala, V. H. y Echeverría, S. L. (comp.).Tratamiento de conductas adictivas (pp. 25-51). México: UNAM.

Backer, T. E., David, S. L., y Saucy, G. (1995) Reviewing the Behavioral Science Knowledge Base on Technology Transfer. National Institute on Drug Abuse. Research Monograph 155, 21-41.

Baptista, P., Fernández, C., y Hernández, R. (1998). Metodología de la investigación (2a. ed.). México: Mc Graw Hill.

Beutler, L. E., Williams, R. E., Wakefield, P. J., y Entwistle, S. R. (1995). Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. American Psychologist, 50, 984-1001.

Calderón, N. (1981). Salud mental comunitaria México: Trillas.

Campillo, S. C., Díaz, M. R. y Romero, M. M. (2001) La responsabilidad del médico en el tratamiento del enfermo alcohólico. En Tapia, C. R. Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas (pp.187-191). México: Manual Moderno.

Caplan, G. (1985). Principios de psiquiatría preventiva Barcelona: Paidós.

Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, v., Benett Johnson, S., Pope, K. S., Christoph, P., Baker, M., Johnson, B. Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A., y Mc Curry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. The Clinical Psychologist, 49, 5-18.

Chiauzzi, E. J. y Liliegren, S. (1993) Taboo topics in addiction treatment: An empirical review of clinical folklore. Subst. Abuse treinta 10, 303-361.

CIE-10: 10 revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. "trastornos mentales y del comportamiento". Criterios diagnósticos de investigación (1993). Madrid: Meditor.

Cooper, J. F. (2001). Terapia breve en la psicología clínica. En Cullari, S. Fundamentos de psicología clínica México: Pearson Educación.

Crosswaite, C., y Curtice, L. (1994). Disseminating research results: The challenge of bridging the gap between health research and health action. Health Promotion International, 9, 289-296.

Date, A. (1996). On maintaining an empirical orientation in an "alternative ways of knowing world". The Behavior Therapist, 19, 86.

Dies, R. R. (1983). Bridging the gap between research and practice in group psychotherapy. In R. R. Dies y K. R. MacKenzie, Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice New York: International Universities Press.

D.S.M. IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2002). Barcelona: Masson.

Dusenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W., Walsh, J., y Falco, M. (2005). Quality of implementation: developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. Health Education Research, 20 (3), 308-313.

Echeburua, E. (2001). Abuso de alcohol: guía práctica para el tratamiento. España: Síntesis.

Echeverría, L. A. y Loma, C. S. (2000). Entrevista motivacional: una propuesta para incrementar el éxito del tratamiento de autocambio dirigido para bebedores problema. México: Facultad de Psicología.

Echeverría, L., Ruíz, G. M., Salazar, M. L., y Tiburcio, M. A. (2005). Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema (1a. ed.). México: UNAM.

ENA (2002) En: www.inegi.gob.com.mx

Finney, J. w. y Moos, R.H. (1986) Matching patients with treatments: Conceptual and methodological issues. Alcohol, 47, 122-134.

Fleming, M. F. (1997) Strategies to increase alcohol screening in health care settings. Alcohol health research worl 21 (4), 340-347.

González, N. J. (2001). Psicopatología de la adolescencia México: Manual Moderno.

Greer, A. L., (1988) The state of the art versus the state of the science: the diffusion of new medical technologies into practice. International journal of Technology Assessment in Health Care, 5-26.

Hayes, S. C. (1998). Understanding and treating the theoretical emaciation of behavior therapy. Behavior Therapist, 21, 166-168.

Haynes, S.N., y Sexton, Radek, k. (1987). Why clinicians infrequently do research. Prof. Psychol. Res. Pract., 18, 515-519.

Hayward, S., Ciliska, D., DiCenso, A., Thomas, H., Underwood, J., Rafael, A., (1996). Evaluation research in Public Health: Barriers to the Production and Dissemination of Outcomes Data. Canadian Journal of Public Health, 87 (6), 413-417.

Hoffman, L., Scott, P. y Hall, E. (1995). Psicología del desarrollo (6a. ed., Vol. 1). España: Mc Graw Hill.

Huey, E.D. (1991). Finer points about new treatment approaches. Alcohol Health, 15, 219-220.

IMSS (2006) En: www.imss.gob.mx

Jaffe, J. H. (1994). Implications of typologies for treatment: A planner's perspective. Ann. N.Y. Acad. Sci., 708, 230-237.

Kahan, M. (1996) Identifying and managing problem drinkers. Canadian Family Physician, 42, 661-671.

Kanouse, D., Kallich, J., Kahan, J. (1995). Dissemination of effectiveness and outcomes research. Health Policy, 34, 163-192.

Kazdin, Alan. (1996). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas (2a. ed.). México: Manual Moderno.

Lehman, W. E., Greener, J. M., y Simpson, D. D. (2002). Assessing organizational readiness for change. Journal of Substance Abuse Treatment, 22, 197-209.

Lomas, J. (1991). Words without Action? The production, dissemination, and impact of consensus recommendations. Public health, 41-64.

Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J.C. y Lizasoain, I. (1998). Drogodependencias (Farmacología. Patología. Psicología. Legislación) España: Médica Panamericana.

Lozano-Blanco, C., Sobell, L.C. y Ayala, V. H. (2002). Diseminación del Modelo de tratamiento autocambio dirigido para bebedores excesivos de alcohol en instituciones de salud de México. Revista Latinoamericana de psicología, 34, (3), 259-273.

Mack, A.H., Franklin, J.E. y Frances, R.J. (2003). Guía: tratamiento del alcoholismo y las adicciones Barcelona: Masson.

Martin, G. W., Herie, M. A., Turner, B.J. y Cunningham, J. A. (1998). A social marketing model for disseminating research-based treatments to addictions treatment providers. Addiction, 93 (11), 1703-1715.

Martínez, M. K., Carrascosa, V. C. y Ayala V. H. (2003). Una estrategia de diseminación en la psicología: los talleres interactivos. Revista salud pública de México, 45, (1), 5-12.

Materazzi, M. A. (1991). Salud mental: una propuesta de prevención permanente Buenos Aires: Paidós.

Mattson, M. E., y Donovan D. M. (1994) Clinical applications: The transition from research to practice. Journal of Studies on Alcohol, 12, 163-166.

McCarty, D., Edmunson, E. y Hartnett, M. (2006) Charting a Path Between Research and Practice in Alcoholism Treatment. Alcohol Research and Health 29 (1), 5-10.

Mc Crady, B., Rodríguez V. R. y Otero-López, J. M. (1998). Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso Manual del terapeuta, Manual de autoayuda Madrid: Pirámide.

Medina, L. A., Moreno, D. M. y Lillo, R. R. (1997). Los Modelos psicoterapicos de índole conductual y cognitiva. En Ridruejo, A. P., Medina, L. A. y Rubio, S. Psicología médica Madrid: Mc Graw Hill.

Miller, W. R. (1987). Behavioral alcohol treatment research advances: Barriers to utilization. Advances in Behaviour research and Therapy, 9, 145-167.

Miller, W. R., y Hester, R. K. (1986). The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals. In W. R. Miller y N. Heather. Treating addictive behaviours: Process of change New York: Plenum.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas Barcelona: Paidós.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Helping Patients with alcohol problems: A Health Practitioner's Guide. NIH Pub No. 03-3769 (2003).

O'Donohue, W., y Szymanski, J. (1994) How to win friends and not influence clients: Popular but problematic ideas that impair treatment decisions. The Behavior Therapist, 17, 29-33.

Persons, J. (1997). Dissemination of effective methods: Behavior's Next Challenge. Behavior Therapy, 28, 465-471.

Peters, T. J., y Waterman, R. H. (1984). In search of excellence: Lessons from America's best-run companies. New York: Warner Books.

Rigo, M. A. (2003). Guía para la titulación en la licenciatura (2a. ed.). México: UNAM.

Rodríguez-Martos, D. A. (1989). Manual de alcoholismo para el médico de cabecera España: Salvat.

Rogers, E. (1995). Difusión of innovations New Cork: Free Press.

Rubio S. J. (1997). La relación médica. En Ridruejo, A. P., Medina, L. A. y Rubio, S. Psicología médica Madrid: Mc Graw Hill.

Sarason, I, y Sarason, B. (1996). Psicología anormal (7a. ed.). México: Person educación.

Sobell, L. (1996) Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us. Behavior Therapy, 27, 297-320.

Sterling, S y Weisner, C. (2006). Translating Research finding into practice. Alcohol Research and Health 29 (1).

Taj, N., Devera-Sales, A. y Vinson, D.D. (1998). Screening for problem drinking: does a single question work?. Journal of Family practice 46 (4), 328-335.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Reports and recommendations. The Clinical Psychologist, 48, 3-23.

Torres, M. M., Balcells, O. M. y Yahne, C. E. (2003). La entrevista motivacional: ¡sí quiero!. Thomson psicología, 1, (2), 35-44.

Trull, T. J. y Phares, E. J. (2003). Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión (6a. ed.) México: Thomson.

Weisz, J. R., Weiss, B., y Donenberg, G. R. (1992). The lab versus the clinic: Effects of child and adolesecnt psychotherapy. American Psychologist, 47, 1578-1585.

Wilson, G. (1997). Dissemination of Cognitive Behavioral Treatments. Behavior Therapy, 28, 473-475.

Withlock, E., Polen, M. R. y Green, C. A. (2004) Behavioral counselling interventions in primary care to reduce risk/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the U. S. preventive services Task force. Annals of internal medicine, 140 (7), 557-568.

ANEXO 1

“SEGUIMIENTO DE LA CAPACITACION DEL MODELO DE DETECCIÓN TEMPRANA E INTERVENCION BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL IMSS”

INSTRUCCIONES:

A continuación se le aplicará una serie de preguntas para conocer que ha pasado con la capacitación que recibió acerca del Modelo de Autocambio dirigido para bebedores problema con la intención de tener un seguimiento. Por favor responda de manera clara y honesta a cada una de las preguntas ya que no existen respuestas correctas e incorrectas.

DATOS GENERALES:

NOMBRE _____

PROFESIÓN _____

CARGO/PUESTO _____

CLÍNICA _____

ESTADO _____

TÉLEFONO _____

SEXO F M

1.- La manera por la que se enteró del curso de capacitación del Modelo de Autocambio dirigido para bebedores problema fue:

2.- El ingreso al curso de capacitación fue:

- 1) Voluntaria
- 2) Involuntaria

2a.- ¿Cuáles fueron los motivos por los que asistió?

3.- ¿Cuál fue su reacción inicial ante el taller de capacitación?

- 1) Agrado
- 2) Desagrado
- 3) Indiferencia
- 4) Interés
- 5) Otro: especifique

4.- ¿Cómo considera que fueron los materiales didácticos utilizados durante la capacitación?

5.- ¿Hubo ejemplos prácticos?

- 1) Sí (ir a 5a)
- 2) No

5a.- ¿Éstos le permitieron que la información fuera clara?

6.- En cuanto a las características del capacitador que impartió el curso, ¿Podría hacer sugerencias que usted crea que podrían favorecer el proceso de capacitación?

7.- En términos generales, ¿Cree usted que fue provechosa su asistencia al curso?

- 1) Sí (ir a 7a)

2) No (ir a 7b)

7a.- ¿Explique las razones por las que consideró provechosa su asistencia?

7b.- ¿Explique las razones por las que no consideró provechosa su asistencia al curso?

8.- ¿Cómo considera el manejo del Modelo?

- 1) Fácil de aplicar
- 2) Sencillo
- 3) Difícil de aplicar
- 4) Complejo
- 5) Otro: especifique

9.- ¿Considera que el Modelo es novedoso o innovador?

- 1) Sí
- 2) No

10.- ¿Cree usted que el Modelo tiene ventajas si se llegara a aplicar?

- 1) Sí
- 2) No

11.- Al término de la capacitación ¿hubo un espacio para aclarar dudas?

- 1) Sí
- 2) No

12.- Después de la capacitación ¿aplicó el Modelo?

- 1) Sí
- 2) No

13.- Actualmente ¿utiliza el Modelo?

- 1) Sí
- 2) No

SI APLICO EL PROGRAMA POR LO MENOS UNA VEZ, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

14.- ¿Cuáles fueron las razones o motivos por los que usted decidió aplicar el Modelo?

15.- ¿Qué facilidades tuvo para aplicar el Modelo?

16.- Aproximadamente, ¿Cuántas personas han recibido el tratamiento que propone el Modelo?

17.- Características de los usuarios a quienes aplicó el Modelo:

- 1) Sexo
- 2) Edad
- 3) Ocupación
- 4) Escolaridad

5) Tipo de bebedor: leve, moderado o severo

18.- ¿Existieron obstáculos o dificultades al aplicar el programa? (ejemplo: dudas, cosas que no tenía previstas, etc.).

1) Sí (ir a 18a)

2) No

18a) ¿Cuáles fueron?

19.- ¿Realizó algún tipo de modificación al Modelo con el fin de responder a las necesidades de los usuarios o para una mayor adaptación al Modelo?

1) Sí (ir a 19 a y b)

2) No

19a.- Especifique ¿cuál fue?:

19b.- ¿Cuáles fueron los motivos?

20.- ¿Los resultados que obtuvo con la aplicación del Modelo fueron satisfactorios?

1) Sí (ir a 20a)

2) No (ir a 20b)

20a.- ¿Por qué?

20b.- ¿Por qué?

21.- ¿Usted ha capacitado a otros profesionales de la salud para aplicar el Modelo?

- 1) Sí (ir a 21 a, b, c)
- 2) No (ir a 21e)

21a.- ¿Cuáles fueron las razones por las que difundió el Modelo?

21b.- ¿A quiénes?

21c.- ¿Sabe si lo aplican?

- 1) Sí (ir a 21d)
- 2) No

21d.- ¿Sabe si les ha funcionado el Modelo a las personas que capacitó?

21e.- ¿Algunas razones por lo cuál no lo hizo?

22.- Nos podría comentar de manera general ¿Cómo le fue con alguno de sus casos?

23.- ¿Qué ventajas encontró al utilizar el Modelo?

24.- ¿Y qué desventajas?

**SI NO APLICO EL PROGRAMA NUNCA O ACTUALMENTE NO LO APLICA
CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**

25.- ¿Cuáles fueron los motivos por los cuáles no aplicó el programa?

26.- ¿Podrían existir alternativas para que usted lo aplique?

- 1) Sí (ir a 26ª y b)
- 2) No (ir a 26b)

26a.- ¿Podría mencionar cuáles serían esas alternativas?

26b.- ¿Considera qué otros podrían aplicar el Modelo?

- 1) Sí (ir a 26c)
- 2) No

26c.- ¿Quiénes lo podrían aplicar?

27.- ¿Usted ha capacitado a otros profesionales de la salud para aplicar el Modelo?

- 1) Sí (ir a 27 a, b, c)
- 2) No (ir a 27e)

27a.- ¿Cuáles fueron las razones por las que difundió el Modelo?

27b.- ¿A quiénes?

27c.- ¿Sabe si lo aplican?

- 1) Sí (ir a 27d)
- 2) No

27d.- ¿Sabe si les ha funcionado el Modelo a las personas que capacitó?

27e.- ¿Algunas razones por lo cuál no lo hizo?

A TODOS LOS PARTICIPANTES

28.- ¿Existió aceptación o rechazo del Modelo por parte de la Institución?

29.- ¿Qué estrategias se podrían seguir para que el Modelo lo apliquen más profesionales de la salud?

30.- ¿Cuáles son los beneficios que brinda el Modelo a su Institución?

31.- ¿Considera que los usuarios del IMSS son beneficiados o podrían ser beneficiados con este tratamiento?

1) Sí (ir a 31a)

2) No (ir a 31b)

31a.- ¿Explique por qué?

31b.- ¿Explique por qué?

32.- ¿Quisiera agregar algo más?

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.