



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO
(UNAM)**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

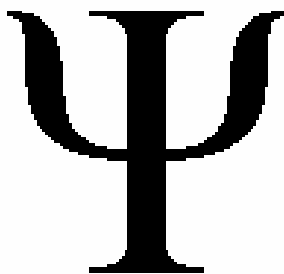
**SEGUIMIENTO A UN GRUPO DE
BEBEDORES PROBLEMA DESPUÉS DE
PARTICIPAR EN EL
MODELO “AUTOCAMBIO DIRIGIDO”.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

**BERTHA JOSEFINA
ZAPOTE COLLAZO**



**DIRECTORA 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:

A la maestra Lety por todo su apoyo, su enseñanza, su asesoría, su paciencia, su calidad humana y el tiempo brindado para la realización de este trabajo.

Definitivamente considero que todo esto ha sido invaluable por lo cual le agradezco profundamente.

A mi mamá por el apoyo económico, moral y presión para la realización de este trabajo, así como recordarme continuamente la importancia del mismo.

Al maestro Sotero por toda la confianza, escucha y ánimo que siempre me brindó, así como por su infinito apoyo a lo largo de mucho tiempo en el cual he ido creciendo en todos los sentidos.

A todos los usuarios del Centro Acasulco que aceptaron participar en el seguimiento, sin los cuales no hubiera sido posible este trabajo.

A mis sinodales: Miguel Ángel Medina, Samuel Jurado y Jorge Valenzuela por su valiosa retroalimentación y enseñanza brindada para el presente trabajo.

A mi Universidad por la formación y la enseñanza que he y continuo recibiendo a lo largo de estos años.

A Amalia por instarme a continuar trabajando en las ocasiones en que me sentía cansada, por su apoyo para la realización de este trabajo, y contagiarme tu ánimo, optimismo y valor para hacer las cosas.

A Gaby por tu asesoría y tiempo brindado y ayudarme en aclarar mis dudas. Gracias nuevamente

A todos los maestros de la Facultad de Psicología que me aportaron sus enseñanzas y formación a lo largo de toda la carrera.

A Andrea por todo el valor y empeño que has mostrado y por la confianza que depositaste en mi te reconozco tu esfuerzo, obstinación y perseverancia ya que tu fuerza interior me ha guiado constantemente.

Por último y no menos importante: a mi papá Pancho por haberme cuidado y haber sido como una padre y un ejemplo a seguir y donde quiera que estés siempre te guardaré en mi mente.

INDICE

Resumen	I
Introducción	II
Capítulo 1. Epidemiología del alcohol en México	1
Capítulo 2. Identificación del Bebedor Problema y Modelo de Autocambio Dirigido	9
Capítulo 3. Estudios realizados en México del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema “Autocambio Dirigido”	51
Capítulo 4. Estudio de Seguimiento	58
Método	83
Objetivo y pregunta de investigación	
Hipótesis	
VARIABLES	
Diseño	
Muestra y sujetos	
Escenario	
Instrumentos	
Procedimiento	

Resultados	94
Discusión	115
Anexos	120
Referencias	131

Resumen

En este trabajo se pretende dar a conocer a través de un seguimiento de un año si existen cambios en el patrón de consumo de alcohol, las conductas relacionadas a éste, la satisfacción con su estilo de vida y el nivel de autoeficacia en un grupo de bebedores problema después de participar en el Programa “Auto Cambio Dirigido”. Se trabajó con una muestra de 29 sujetos que habían finalizado las sesiones del Programa doce meses atrás en el centro Acasulco. La recolección de los datos se llevó a cabo a través de la aplicación de una serie de instrumentos como fue la Entrevista de Seguimiento, Línea Base Retrospectiva (LIBARE), Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS), el Termómetro del Estado emocional y el Termómetro del consumo problemático de alcohol, en donde se compararon estos datos con los obtenidos durante la evaluación inicial. Los resultados muestran que hubo una reducción significativa en el patrón de consumo de alcohol, conductas relacionadas con éste y aumento en la confianza situacional para controlar el consumo excesivo de alcohol en los sujetos participantes. Asimismo, se observó una satisfacción por parte de los usuarios con respecto a los diversos componentes del tratamiento y su utilidad. De aquí se deriva la importancia y las implicaciones de este programa como método de intervención para personas con consumo moderado y excesivo de alcohol, así como los beneficios de la realización de un seguimiento en los diversos programas y tratamientos.

INTRODUCCIÓN.

Actualmente, se observa que el consumo excesivo de alcohol ha aumentado considerablemente en los últimos años, donde las personas comienzan a beber a edades más tempranas, lo cual lo ha convertido en un importante problema de salud pública (Encuesta Nacional de Adicciones, 2002). Siguiendo con esta misma encuesta, se ha observado también que solo un pequeño sector de la población es el que presenta dependencia severa al alcohol, advirtiéndose que en México se muestra un patrón de consumo de alcohol en el cual se ingieren bebidas alcohólicas en forma esporádica y sin embargo cuando se hace, es en grandes cantidades (Ayala, 1994).

Diversos programas de intervención han sido creados con el fin de erradicar o disminuir el problema del consumo de alcohol; sin embargo, como mencionan Ayala, Echeverría, M. B. Sobell y L. C. Sobell (2001), estos programas han sido enfocados ya sea en prevención primaria o en personas que ya cuentan con claros síntomas de dependencia al alcohol, descuidándose a las personas que presentan un consumo explosivo y esporádico (llamados bebedores problema). Es por esto que en México se ha desarrollado un Programa de intervención breve llamado Modelo de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema, el cual es de corte cognoscitivo conductual, y se encuentra enfocado en este tipo de personas (*bebedores problema*) que aún no han desarrollado dependencia severa al alcohol.

En México ya se han realizado algunas aplicaciones de este Modelo, las cuales han mostrado durante el seguimiento una reducción del patrón de consumo de alcohol, un aumento en el número de días de abstinencia, una percepción de mejoría y un aumento de la autoeficacia. Como se

mencionará a lo largo del desarrollo de este trabajo, este programa de intervención consta de una evaluación, de cuatro sesiones y una entrevista de seguimiento a los seis y doce meses respectivamente; sin embargo en este punto surge la pregunta ¿por qué es importante hacer una entrevista de seguimiento? ya que éste representa una inversión de tiempo y costo adicional; sin embargo, es a través del seguimiento donde se puede ver y analizar los resultados del tratamiento, observar si nuestro tratamiento está fallando o no, que le podemos agregar o modificar y ver si existen diferencias en relación al patrón de consumo y problemas derivados del alcohol, antes y después de la intervención.

Es por esto, que el objetivo principal a lo largo de la investigación será observar si existen diferencias en el número de días de consumo de alcohol, el número de copas consumidas y los problemas relacionados con esta forma de consumo.

CAPITULO 1.

EPIDEMIOLOGÍA DEL ALCOHOL EN MÉXICO.

El fenómeno del alcohol es un problema social y de salud pública que de manera alarmante se ha agudizado en los últimos años. En México y en general en la región de América Latina, el abuso del alcohol se ha convertido en un importante problema de salud pública (Consejo Nacional contra las Adicciones, 2002).

Según datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en 2002, el 51.34% de la población entre 18 y 65 años consumía bebidas alcohólicas, mientras que en el otro lado de este fenómeno se ha encontrado que el 44.4 % de la población urbana y el 62.7% de la población rural reportó ser abstemia. Por otro lado también se observa que entre las personas de 12 a 65 años el 4.07% cumple con el criterio de dependencia al alcohol.

En 2002 siguen siendo los hombres quienes más beben, en una proporción de 1.69 hombres por cada mujer cuando se considera a la población urbana y una diferencia considerablemente mayor, de 3.2 hombres por cada mujer en las comunidades rurales.

Se encontró también que la cerveza es la bebida de preferencia de los consumidores (70%), seguida por los destilados (46%), el vino de mesa (23%) y las bebidas preparadas (12%). El aguardiente y el alcohol de 96° (5%) y el pulque (3%) son reportados como bebidas de elección con menos frecuencia ingeridas predominantemente en poblaciones rurales. Existen importantes diferencias en las preferencias de bebidas entre hombres y

mujeres, ya que estas últimas prefieren la cerveza en menor proporción que los varones (56% vs. 79% respectivamente), y en mayor proporción el vino de mesa (30% vs. 18%). Los índices de preferencia por los destilados y bebidas preparadas son similares para ambos sexos y el aguardiente es preferentemente ingerido por los hombres. En general los vinos son consumidos en hogares con alto nivel económico, mientras que el pulque, el aguardiente y el alcohol de 96° se consume en los lugares más pobres (ENA, 2002). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y gastos (citada por Tapia, Medina-Mora & Cravioto, 2001) en los hogares en los cuales se contaba con servicio telefónico, el vino de mesa fue consumido en un 75 %, mientras que el aguardiente en solo el 1%; además esta última bebida se consumió predominantemente en hogares sin agua y con piso de tierra.

La mayor parte del alcohol disponible es consumido por hombres urbanos de edad media (30 y 49 años). El alcohol se comporta como un bien de consumo y la población con mayores recursos, ingiere la mayor parte del alcohol disponible. Se ha estimado que el 30% de la población con mayores ingresos consume el 53% del alcohol disponible, sin embargo también se tiene evidencia de que el gasto en alcohol en proporción del ingreso, es mayor entre la población de menos recursos. (Medina-Mora et al., 2003)

Con relación a los problemas ligados al abuso de alcohol en la población de 18 a 65 años, se encontró que el 4.59% de la población tuvo problemas con las autoridades, mientras usaba bebidas alcohólicas aunque no iba conduciendo, sin embargo cabe mencionar que del total de personas que tuvieron problemas con la policía por ingerir alcohol, 4% de éstos no presentaba síntomas de dependencia al alcohol. El 1.85% había sido arrestado mientras conducía después de tomarse unas copas y el 7.88 % de la población comenzó una discusión o pelea con su esposo(a) o

compañero(a) cuando estuvo tomando. Los problemas derivados del consumo de alcohol son más frecuentes en los varones que en las mujeres con una proporción de 12.8 hombres por cada mujer (ENA, 2002).

Que el consumo se dé con frecuencia fuera del hogar y en cantidades elevadas se asocia con un riesgo importante de accidentes. Estudios efectuados en salas de urgencia documentan un elevado nivel de ingresos por traumatismos, con niveles positivos de alcohol en sangre (21 %) es decir, casi el doble de lo que se observa en Estados Unidos (11 %) (Medina-Mora et al., 2003).

Según la ENA (2002), el abuso de alcohol es el principal problema de salud pública del país en lo que se refiere al abuso de sustancias. De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS, 2002), el consumo excesivo de alcohol ocupa el cuarto lugar en el mundo dentro de veintisiete factores de riesgo, por debajo del bajo peso, sexo inseguro, hipertensión y tabaquismo. Asimismo, el INEGI (1999) (citado por Echeverría, Ruíz, Salazar, Tiburcio, 2004) reporta que el abuso de alcohol se vincula con cinco de las diez principales causas de defunción en México, entre ellas se pueden mencionar los accidentes, homicidios, y lesiones en riña y cirrosis hepática. Por otro lado, la mortalidad por cirrosis asociada con el abuso de alcohol ha aumentado en 72% en los hombres y 13% en las mujeres de 1970 a 1995 (Medina-Mora et al., 2001) .

Durante el 2001, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se otorgaron 61, 527 consultas médicas por problemas relacionados con el consumo de alcohol en las unidades de medicina familiar, servicios de especialidades y urgencias pertenecientes a la institución donde las consultas asociadas al consumo de alcohol ocuparon el primer lugar en

todos los grupos de edad. El 28.2% de la población masculina y el 4.8% de la población femenina fueron catalogados como bebedores en riesgo (Medina-Mora et al., 2003).

De acuerdo a informes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2005) de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud el cual se encarga de recolectar datos sobre el uso y abuso de alcohol en Centros de Tratamiento, Consejo Tutelar de Menores, Servicio Médico Forense y Servicios Médicos de Urgencias, se ha encontrado que respecto a los pacientes que buscaron consulta en Centros de Tratamiento no Gubernamentales, la droga más utilizada fue el alcohol con un 24.4 % (13755 personas) manifestando durante la entrevista que el etanol es la droga con la cual enfrentan mayores problemas. En esta misma línea, los datos arrojaron que la primera droga consumida en el 80.9% de los casos fue el alcohol. En estos Centros se registró que el alcohol presentó un ascenso notable como droga de inicio (5.1%) con respecto al 2004 y al mismo tiempo se incrementó con un 4.9% como droga de impacto (se entiende como la droga que el paciente identifica con mayor capacidad para producirle efectos negativos ya sea en el área de salud, familiar, legal o laboral y que motiva principalmente la demanda de tratamiento). En el caso de los Centros de Integración Juvenil, fueron entrevistadas 23680 personas que acudieron a tratamiento durante el 2005 arrojando que el alcohol y tabaco fueron las dos drogas de inicio. En el Consejo Tutelar para Menores, se informó que en el año 2005 hubo 10,287 detenidos y el 86.4% mencionó consumo habitual de drogas y de estos 1637 (16.1%) cometieron la infracción bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva, donde el 38.5 % de ellos se encontraba bajo los efectos del alcohol. Con respecto a los datos encontrados durante el 2005 en el Servicio Médico Forense, se observa que el 20.2% de las defunciones ocurrieron bajo al influencia de alguna droga

siendo el alcohol la droga predominante. Entre las causas principales de defunción ocurridas por la ingesta de esta sustancia destacan los accidentes de tráfico, los cuales estaban situados con el porcentaje más alto (19.4%) seguida por muerte por asfixia (19.1%), atropellamiento (12.8%), arma de fuego (9.3%), objetos punzocortantes (6.6%) e intoxicación (4.4%) siendo la calle el lugar predominante de la defunción (35.7%) y en segundo lugar la casa (31.5%).

En los servicios de Urgencia de Hospitales el ingreso por consumo de alcohol fue de 14.5 %, siendo las caídas, contusiones, accidentes automovilísticos, y herida de arma blanca las principales causas de consulta asociadas al consumo de alcohol; asimismo el 40.4% de los casos manifestaron patologías asociadas al consumo de alguna droga prevaleciendo el alcohol como la principal sustancia encontrándose que las principales patologías en relación a esta sustancia eran la cirrosis, hipertensión y psicosis alcohólica. Del total de las personas atendidas en los servicios de Urgencias el 26.6% bebía en ese momento (SISVEA, 2005). En esta misma línea algunos autores (Casanova, Borges, Mondragón, Medina-Mora & Cherpitel, 2001; Orozco, Borges, Mondragón & Monroy-Nasr, 2005) han documentado que el alcohol es un factor de riesgo para la mortalidad por accidentes y a través de recolecciones de datos en salas de urgencias observaron que las probabilidades de que ocurriera un accidente eran seis veces mayores cuando se había consumido alcohol seis horas antes del accidente y en el caso específico de lesiones producto de caídas, el riesgo era nueve veces mayor en comparación con las personas que no habían tenido consumo de alcohol antes de la lesión.

En un estudio llevado a cabo en servicios de urgencias médicas, se encontró que el porcentaje de bebedores que consumían más de cinco copas era de

22.8% y el 27.5% que había ingresado a esos servicios había consumido alcohol seis horas antes (Borges, Mondragón, Cherpit & Rosovsky, 2003).

Resulta interesante destacar que existe otro amplio rango de la población en la cual están las personas que abusan del alcohol sin presentar síntomas de dependencia: (22.5% de la población urbana y 18.7% de la población rural), siendo estos porcentajes más altos en comparación con las personas que sí presentan dependencia severa al alcohol (4.07 %) y que es en la primera población mencionada en la cual se enfocará el presente estudio (ENA, 2002).

Por otra parte, se puede encontrar que en las sociedades europeas se da un consumo diario de alcohol, a diferencia de México donde un número significativo de personas presentan un consumo peculiar, es decir, consumen alcohol con poca frecuencia pero en grandes cantidades, hasta llegar a estados de embriaguez en cada ocasión de consumo, lo cual puede ocasionar una serie de repercusiones tanto para ellos mismos como para la sociedad (Medina-Mora et al., 2001; Rosovsky, 2002). En México, solamente 1.5% de la población reportó un consumo diario de alcohol. Sólo una tercera parte de los bebedores entre 12 y 65 años (37.2%) limitan su consumo a una o dos copas por ocasión de consumo, 28.1% reporta que ha llegado a consumir 3 o 4 copas, el 17.2% de 5 a 7 copas, 11.67% de 8 a 11 y de 12 a 22 4.7%, es decir 34.62% de la población (poco más de catorce millones de personas) beben alcohol bajo patrones que ponen en riesgo su salud y la de terceros al ingerir cinco copas o más por ocasión de consumo; de estos, el 4.62% (3226490) lo hacen por lo menos una vez a la semana. Cabe destacar que en las poblaciones rurales, las cantidades de consumo tienden a ser mayores, ya que 9.7 % de la población rural, reportó haber bebido más de 12 copas por ocasión de consumo en comparación con el

4.8% de la población urbana (ENA, 2002).

En comparación con la Encuesta Nacional de Adicciones llevada a cabo en 1998 y la del 2002 en relación al patrón de consumo en mujeres, se observó que en el primer año, 4% de las mujeres reportaron beber 5 copas o más por ocasión de consumo una vez al mes o más frecuentemente, mientras que en 2002, la proporción que reportó este patrón de consumo fue de 5.3%, sin embargo los índices de crecimiento en el consumo y en el abuso entre los adolescentes menores de edad se incrementó considerablemente entre hombres de 0.6% en 1998 a 2.7% en 2002 y en mujeres de 0.2% a 0.8% en este período (ENA, 2002).

A través de estos datos epidemiológicos presentados podemos destacar que el abuso del alcohol es un importante problema de salud pública que ocupa uno de los primeros lugares en relación al consumo de drogas y también uno de los principales factores de riesgo que puede traer como consecuencia conductas violentas, accidentes, defunciones, etc., lo cual provoca un alto costo económico y social, en donde además de los varones de edad media se han sumado a esta problemática las mujeres y poblaciones de adolescentes.

Observamos también que solo un pequeño sector de la población es el que presenta dependencia al alcohol, indicando que el problema del consumo del alcohol no es un fenómeno homogéneo, sino que hay diferentes patrones de consumo y distribución de esta bebida dentro de la población, es decir, no todos los problemas relacionados con el alcohol encajan con las personas llamadas tradicionalmente “alcohólicas”. Se advierte también en estos datos que en México se registra un consumo explosivo-episódico de esta bebida. Estas personas si bien no muestran una dependencia severa al

alcohol, pueden representar una serie de problemas sociales como pueden ser accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar, ausentismo laboral y agresividad, actos de homicidio y suicidio (Ayala, Echeverría, M. B. Sobell & L. C. Sobell, 2001; Tapia, Medina-Mora & Cravioto, 2001). Ante esto, se ha visto la imperiosa necesidad de crear programas de intervención que sean de amplio alcance para esta población, fundamentados en conocimientos científicos y que puedan ser efectivos para este tipo de bebedores, que como hemos visto, requieren otro tipo de asistencia y servicios a diferencia de los llamados "alcohólicos".

Este tipo de personas que consumen con poca frecuencia, pero en grandes cantidades por ocasión son los llamados **bebedores problema**, los cuales superan ampliamente a aquellos con dependencia severa al alcohol.

Uno de los Programas que se ha llevado a cabo en este tipo de prevención (Secundaria) es el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema "Autocambio Dirigido".

Para poder entender mejor este Programa, será necesario revisar los conceptos que lo fundamentan, los cuales serán explorados en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2.

IDENTIFICACIÓN DEL BEBEDOR PROBLEMA Y MODELO DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO

Identificación del Bebedor Problema.

Como se mencionó anteriormente, en México suele haber un patrón de consumo de alcohol caracterizado por escasos períodos de ingesta frecuente y consumos excesivos episódicos en los cuales se llega a altos niveles de embriaguez, es decir, en este país se reflejan momentos de intoxicación aguda más que de dependencia (Medina-Mora, 2001; Echeverría et al., 2004; Rosovsky, 2001). Es en este rango de consumo en el cual podemos ubicar a los **bebedores problema** los cuales han sido definidos como aquellas personas que al ingerir alcohol, pueden presentar problemas físicos, psíquicos y sociales sin que pueda hablarse de dependencia (Rodríguez-Martos, 1989).

Otra definición que podemos encontrar es la que nos da Medina-Mora (2001), quien nos dice que los bebedores problema son bebedores no dependientes que están comenzando a experimentar efectos adversos del alcohol, como son problemas laborales (menor rendimiento, ausentismo), sociales (arrestos, problemas maritales, separaciones, etc.) o físicos (accidentes, separaciones, etc.).

El National Mental Health (citado por Echeburúa & Amor, 2003) divide el consumo de bebidas alcohólicas en tres tipos: el seguro, perjudicial y de riesgo definiendo a este último como el “nivel de consumo que potencialmente produce daño si se persiste en el hábito” y el consumo

perjudicial es definido como aquel que deteriora el bienestar físico o psíquico de la persona. Podemos considerar en esta clasificación que el bebedor problema estaría dentro del consumo perjudicial.

Por otro lado encontramos también tres estadios en la ingesta del alcohol: el primero de ellos es el *uso*, el cual implica el consumo de la sustancia en pequeñas cantidades; después de este estadio la persona puede pasar al *abuso*, el cual se caracteriza por 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 y finalmente se encuentra la *dependencia*, caracterizada por deseos impetuosos de consumir y difíciles de controlar (Rodríguez-Martos, 1989; Bodino, 2001). Dentro de estos estadios, el bebedor problema se encontraría en el de *abuso* de la sustancia.

Una vez que hemos definido a un bebedor problema, se mencionaran algunas de las características que lo delimitan (Ayala, 1994; Echeburúa, 2001; Echeburúa & Amor, 2003; ENA, 2002; Medina-Mora, 2001; L. C. Sobell, 2001; M. B. Sobell & L. C. Sobell, 1993; Velasco, 2001;):

- El bebedor problema generalmente reporta problemas con el uso de alcohol menores a los diez años
- A menudo no han recibido otro tipo de tratamiento
- El bebedor problema generalmente tiene mayores recursos personales, sociales y económicos que el bebedor con dependencia severa
- Ellos no se ven a si mismos como alcohólicos
- Beben en forma episódica-explosiva, es decir beben grandes cantidades de alcohol en una sola ocasión de consumo, de tal forma que puede alcanzar la ebriedad, donde generalmente se limita a los

fin de semana y acontecimientos festivos concretos y el resto de ella no presenta mayor problema con el uso del alcohol.

- Pueden presentar problemas relacionados con su forma de beber, así como verse involucrados en accidentes y problemas en el trabajo.
- Requieren de una intervención preventiva.
- Aún no tienen graves problemas relacionados con su consumo, sin embargo comienzan a tenerlos a pesar de no presentar síntomas de dependencia física (tolerancia, abstinencia, pérdida del control)
- Pueden comenzar a aparecer ciertas alteraciones físicas como molestias en el estómago, gastritis, dolor de cabeza al despertar, alteraciones del sueño, etc.
- Esta población es generalmente más grande que la población que presenta dependencia severa
- Pueden producirse daños si se persiste en el hábito
- Los bebedores problema suelen tener mayores beneficios con intervenciones breves de consulta externa y en este tipo de personas no es necesaria como meta de tratamiento la abstinencia, ya que generalmente aceptarán más fácilmente la moderación como objetivo terapéutico
- Su historia de consumo fluctúa en períodos de abstinencia combinados con períodos de abuso de alcohol.
- Los bebedores problema tienden a ser socialmente más estables que las personas con dependencia severa al alcohol
- Los problemas sociales que experimentan tienden a ser menos severos que los llamados “alcohólicos”

Ahora bien, a diferencia del bebedor problema, una persona con dependencia severa al alcohol puede presentar las siguientes características (Tapia, Medina-Mora, Cravioto, 2001):

- Existen repetidos esfuerzos o el deseo persistente de controlar el uso de la sustancia
- Frecuente preocupación por conseguir y/o ingerir la bebida
- Ha abandonado alguna actividad social, ocupacional o recreativa importante por la búsqueda del alcohol
- Continuación de su uso a pesar de las advertencias médicas, sociales y/o legales.
- Una persona “alcohólica” presenta tolerancia al alcohol, es decir hay una necesidad y tendencia a aumentar las cantidades crecientes de alcohol para adquirir los efectos deseados. Bodino, C. (2001) menciona que en una primera etapa la duración de los efectos del alcohol es variable y hace que el consumidor deba ingerirlo en mayor cantidad para obtener el mismo resultado
- Presentan el Síndrome de abstinencia, el cual aparece al suprimir la sustancia del organismo y es definido como el conjunto de trastornos fisiológicos y psicológicos que se presentan al suspender abruptamente el consumo de una sustancia; físicamente se caracteriza por temblores en las manos, náuseas, vomito, sudor, taquicardia, insomnio, etc., mientras que psicológicamente se presenta nerviosismo, cansancio, irritabilidad y depresión leve, lo cual lleva al sujeto a la búsqueda de la sustancia para evitar estas sensaciones (Echeburúa, 2001).
- Tienen consecuencias médicas más severas tales como cirrosis hepática o sangrado.
- Generalmente bebe en exceso cada vez que lo hace.

Por otro lado, hablando en términos cuantitativos y para tener un parámetro para poder distinguir entre un consumo moderado, un consumo en riesgo y un consumo elevado tomaremos la clasificación del National

Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, citado en Echeverría et al., 2004) el cual nos dice que lo más recomendable sería una copa estándar por ocasión para la mujer y dos por ocasión para el hombre. En países donde el consumo no es diario, se recomienda no exceder la ingesta de 2 a 4 copas por ocasión. Nunca debe excederse la cantidad de cuatro copas estándar por ocasión ni de 12 copas estándar por semana.

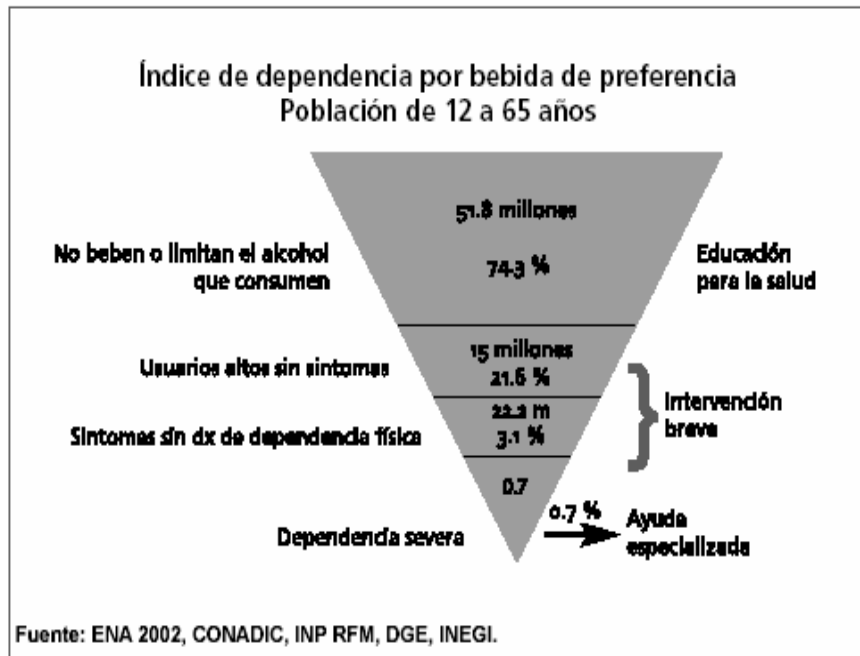
De igual forma hablando en términos de cantidad de alcohol y frecuencia de consumo, el bebedor problema sería aquella persona que consume las siguientes cantidades (Echeverría et al., 2004; Carreño, Berenzon, Medina-Mora, Ortiz & Juárez, 1999):

- Bebe más de doce copas estándar por semana (hombres adultos).
- En relación a la mujer, bebe más de los límites de 9 copas estándar por semana.
- Bebe más de cuatro copas estándar por ocasión (hombre).
- Bebe más de tres copas por ocasión, si es mujer.
- Bebe más de un copa por hora.

El Bebedor problema y la Prevención Secundaria.

El reconocimiento de las necesidades de tratamiento de los bebedores problema tiene una historia muy corta ya que en años anteriores, los servicios de salud únicamente contaban con tratamientos tradicionales, los cuales eran más apropiados para personas con dependencia severa (Echeverría et al., 2004). A partir de los datos epidemiológicos que fueron presentados en el capítulo anterior, podemos darnos cuenta que el bebedor problema necesita otro tipo de tratamiento, ya que abarca un sector más grande de la población en proporción con personas que presentan el síndrome de dependencia al alcohol. De este modo observamos que el

24.4% de la población se vería muy beneficiada por una intervención breve en la cual entrarían los bebedores problemas, tal como se muestra en el siguiente cuadro:



A partir de esto, podemos decir que el Modelo “Autocambio Dirigido” estará enfocado en la prevención secundaria, la cual se define como la estrategia consistente en identificar a las personas que están en las primeras etapas de un padecimiento a fin de proporcionarles el tratamiento oportuno que impida que lleguen a desarrollar la enfermedad (Echeburúa, 2001). San Martín, H. (1999) nos dice que la prevención secundaria tiene como objetivo detener o atenuar el proceso en forma precoz y eficaz. En resumen podemos considerar que en la prevención secundaria se debe llevar a cabo la detección y tratamientos precoces, así como el asesoramiento en situaciones de riesgo elevado (Rodríguez-Martos, 1989).

Una vez entendido el concepto de bebedor problema, sus características y diferencias con el bebedor dependiente, describiremos las Intervenciones

breves, ya que como se mencionó anteriormente, el bebedor problema se verá más beneficiado con un tratamiento de este tipo, debido a que se obtienen los mismos beneficios que con un tratamiento intensivo y prolongado.

La Intervención Breve y sus características.

A lo largo de muchos años los tratamientos para personas que presentaban abuso en la ingesta de bebidas alcohólicas se habían visto enfocados en los comúnmente llamados alcohólicos; sin embargo, es en años recientes cuando se ha visto la necesidad de crear programas dirigidos a personas con dependencia baja y media al alcohol, los cuales están basados en intervenciones breves, que han mostrado resultados positivos con bebedores problema. (Ayala et al., 2001)

La Organización Mundial de la salud (citado por Echeverría et al., 2004) define a la intervención breve como la 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 le soliciten por su propia voluntad y en algunos casos antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles problemas. Esta intervención está dirigida a individuos que no han desarrollado dependencia severa.

Algunos de los objetivos de las intervenciones breves es el enseñar al sujeto estrategias para que puedan resolver sus dificultades y tomar decisiones para hacer frente a problemáticas específicas.(Echeburúa, 2001; Echeburúa & Amor, 2003). Por otro lado se ha encontrado que estas intervenciones han sido efectivas en cuanto a la reducción de los patrones de consumo de alcohol y pueden ser tan eficaces como tratamientos más prolongados.

Hablando específicamente de las **Intervenciones breves dirigidas a bebedores problema**, Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998); Ayala et al. (2001) y L. C. Sobell (2001) mencionan que estas intervenciones:

- Son tratamientos de consulta externa
- Son flexibles, ya que permiten escoger una meta al usuario (moderación o abstinencia)
- Tiene un bajo costo para el sector salud
- Las intervenciones breves están centradas en los principios básicos de la entrevista Motivacional, la cual nos habla de la motivación para el cambio que se requiere por parte del usuario para llegar a sus metas y mantenerlas.
- En este tipo de intervención las personas pueden participar en forma activa decidiendo planes de acción, lo cual incrementa su motivación para el cambio, y trae consigo resultados más positivos.
- El sujeto se hace responsable de su cambio.
- Ofrece consejo breve y advierte sobre los riesgos de continuar con su forma de consumo actual, lo que puede hacer que la persona se ponga en alerta respecto a su consumo.
- Aprovecha las habilidades y recursos de la persona para lograr resultados positivos en el tratamiento
- La intervención breve ha mostrado ser tan efectiva como otro tipo de tratamientos más intensos.
- Se restringen a un número determinado de sesiones

Como se mencionó dentro de las características de la intervención breve con bebedores problema, una de las mayores importancias de ésta en el sector salud recae en el hecho de que este tipo de intervenciones tienen un bajo costo y un alto nivel de efectividad, lo cual lo hace apropiado para países

que no cuenten con muchos recursos económicos y presupuestales y entre los cuales se encuentra México. Además, si se incorporan este tipo de intervenciones en los servicios de salud, esta clase de asistencia podría llegar a un segmento de la población para la cual no existen programas adecuados (Ayala et al., 2001).

Por último, las intervenciones breves enfocadas en personas con dependencia baja y media al alcohol parten de modelos cognitivo-conductuales, lo cual es retomado también por el Modelo de Autocambio Dirigido para bebedores problema, por lo que será importante hablar acerca de estos enfoques.

Tratamiento Cognitivo-Conductual.

La visión que hasta ahora había tenido vigencia dentro del campo del alcoholismo es aquella que lo considera como una enfermedad progresiva, incurable y mortal; de esta forma los tratamientos habían sido desarrollados con base en esta etiología del alcohol; sin embargo a partir de los años setenta a través de una serie de estudios ha habido un auge de tratamientos de enfoque conductual que han logrado buenos resultados y que tienen otra visión de este padecimiento descartando la progresividad e incurabilidad del alcohol, haciendo énfasis en el problema del alcohol como un problema de comportamiento. Por otra parte, los modelos tradicionales han arrojado resultados negativos dentro del campo del uso de bebidas alcohólicas (Ayala, 1994) y aunado a esto, en años recientes se ha demostrado que la mayor parte de las personas que beben, no necesariamente progresan hacia niveles más problemáticos de consumo de alcohol. Además, se ha visto que personas que abusan y dependen leve o moderadamente de esta bebida han podido moderar o abstenerse del

consumo (McCrary, Rodríguez, Otero-López, 1998).

Las intervenciones de enfoque conductual han ido evolucionando a lo largo del tiempo; durante los años cincuenta estas intervenciones se enfocaban en tratamientos aversivos, ya fueran eléctricos o químicos; sin embargo, poco a poco se fue encontrando que algunos de los resultados positivos de este tipo de terapia no eran consecuencia del procedimiento aversivo, sino de los procesos cognitivos que intervenían, tales como expectativas de cambio o el nivel cultural, motivación, apoyo social del sujeto, etc. (McCrary et al. , 1998)

En 1973 Hunt y Arzin (citados en McCrary et al. , 1998), comenzaron a reforzar la conducta a través de programas de economía de fichas y técnicas de entrenamiento en relajación, asertividad y/o habilidades sociales., sin embargo, en el caso del entrenamiento en relajación, los estudios no han arrojado efectos significativos, lo que pudiera explicarse porque este entrenamiento sólo beneficia a personas que tienen grandes niveles de ansiedad, mientras que en otros casos esta técnica no sería útil.

Los programas de tratamiento orientados al alcohol bajo un enfoque conductual comenzaron a desarrollarse en 1970 enfatizando en el autocontrol como procedimiento principal en la intervención. Sobre este modelo, comenzaron a desarrollarse numerosas investigaciones, las cuales se han ido refinando a lo largo del tiempo incluyendo no sólo factores conductuales dentro de estos tratamientos, sino también **factores cognoscitivos** , entre los cuales estarían, las creencias, valores, expectativas, etc. (Ayala, 1994). Estos nuevos tratamientos que incorporan a la cognición dentro de su tratamiento combinan aproximaciones anteriores con las nuevas, entre las cuales se encuentran:

-Técnicas de autocontrol: (automonitoreo del consumo, auto-selección de la meta del tratamiento y biblioterapia). Según Ayala et al. (2001), se entiende el autocontrol como un proceso en el cual la persona es el agente principal para dirigir y regular su propio comportamiento.

- *Análisis funcional del beber:* identificación de antecedentes y consecuentes de situaciones de alto y bajo riesgo de beber.

- *Reestructuración cognoscitiva*

- *Desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de riesgo de beber.* (Ayala, 1994; McCrady, 1998)

-*Autoeficacia*

Actualmente puede decirse que los programas de autocontrol con objetivos de la moderación en la bebida es el grupo de tratamientos que ha recibido mayor número de evaluaciones y estudios encontrándose que la tasa de éxito es de 60-70% después de dos años de seguimiento, siendo mas adecuadas para personas que aún no presentan dependencia severa al alcohol (Miller & Baca, 1983).

Se mencionaba anteriormente que el modelo cognitivo-conductual plantea otro tipo de perspectiva con respecto al alcohol y bajo esta visión Ayala (1994) considera a la conducta adictiva como un patrón o hábito repetitivo que aumenta el riesgo de enfermedad y de problemas sociales y personales. Aunque la persona haga intentos repetidos por abstenerse o controlar su ingesta de alcohol, se da una pérdida de control y hace que la conducta continúe presentándose. Estos patrones o hábitos se caracterizan por una gratificación inmediata, la cual actúa como recompensas a corto plazo y con efectos dañinos pero demorados (a largo plazo) (Ayala, 1994). Asimismo Ayala et al. (2001) mencionan que las conductas adictivas son hábitos maladaptativos como fumar, usar drogas, ver televisión, beber, etc. y estas

conductas son consideradas como hábitos sobreaprendidos que pueden ser analizados y modificados como cualquier otro hábito; con esto no se descarta que estos hábitos pueden traer consecuencias físicas tales como obesidad, cáncer pulmonar, cirrosis, etc.

El modelo cognitivo conductual explica que el bebedor continúe ingiriendo alcohol a pesar de los problemas y consecuencias negativas que este consumo le ha originado, por el principio de contigüidad o asociación temporal de la bebida con los efectos de refuerzo positivo de la misma, es decir, con las consecuencias positivas experimentadas tales como la reducción de tensión o el placer y las consecuencias negativas son percibidas como más lejanas y por tanto no asociadas con el consumo de alcohol (McCrary et al., 1998).

McCrary et al. (1998) mencionan que son dos conceptos los que han recibido mayor atención en el Tratamiento cognoscitivo-conductual, los cuales son las expectativas con respecto a los resultados, en relación al consumo de alcohol, es decir, los efectos anticipados, normalmente positivos de beber y las expectativas de autoeficacia, concepto desarrollado por Bandura, del cual se hablará más adelante en este capítulo.

Este tipo de intervenciones derivadas de enfoques cognitivo-conductuales tienen como objetivo dentro de las intervenciones elevar el nivel de autoeficacia de la persona, reducir las tentaciones de beber y prevenir las recaídas.

Es a partir de los años setenta con el florecimiento de tratamientos cognitivos-conductuales, que se desarrolla la teoría del aprendizaje social, elaborada por Bandura, el cual incorpora conceptos como el de autoeficacia. El modelo de Autocambio dirigido esta basado en dicha teoría, por lo cual se

hablará de ella a continuación.

Teoría Cognitivo Social.

La Teoría Cognitivo Social fue desarrollada por Albert Bandura quien influido por los enfoques cognitivos desarrollados en la década de los 70´ intenta superar el estrecho punto de vista en relación a la conducta humana, el cual estaba basado únicamente en el principio del condicionamiento clásico y operante, incorporando en su teoría nuevos elementos como aprendizaje vicario, principio de autorregulación, entre otros. (McCrary et al., 1998).

Aunque la Teoría parte de los principios tradicionales (condicionamiento clásico y operante), incorpora nuevos elementos que modifican la concepción mecanicista de la conducta humana propia de los enfoques de condicionamiento tradicionales (McCrary et al., 1998).

La teoría Cognitivo Social propone que la conducta es el resultado de la interacción de las cogniciones, el aprendizaje, la experiencias pasadas y el ambiente inmediato. Nos dice que el ser humano organiza en forma interna sus expectativas y valores para dirigir su conducta y esta es el resultado de la interacción de cogniciones (lo que pensamos de una situación y la manera en que vemos nuestra conducta en ella), del aprendizaje y de las experiencias pasadas (entre ellas el reforzamiento, el castigo y el moldeamiento), así como del ambiente inmediato. Bandura expone que evaluamos una situación conforme a ciertas expectativas internas (lo que el individuo prevé en una situación o por haberse comportado de determinada manera en el pasado), entre ellas las preferencias personales, y que esta evaluación influye en la conducta. A su vez, la retroalimentación ambiental que sigue a la conducta repercute en las expectativas futuras (Morris &

Maisto, 2001).

La Teoría está basada en conceptos básicos tales como condicionamiento, el aprendizaje vicario, el principio de autorregulación y el principio del autodeterminismo recíproco, autoeficacia y expectativas aprendidas. A continuación, se expondrán cada uno de estos conceptos para su mejor comprensión:

- En las expectativas aprendidas se considera la participación de procesos cognoscitivos mediacionales entre estímulo y respuesta asignando un papel activo y conciente a la persona en el proceso de aprendizaje.
- Aprendizaje vicario, por observación o a través de modelos (modelado) : este concepto se refiere a la posibilidad que tiene el sujeto de aprender guías de acción a través de la observación de la conducta de otras personas(Oblitas, 2004). Por supuesto cabe resaltar que no imitamos todo lo que hacen otros, sino que intervienen una serie de factores que facilitan esto, entre los cuales encontraríamos la similitud entre el modelo y la persona (identificación con el modelo), la situación de aprendizaje y las experiencias y necesidades de la persona, la recompensa recibida, dificultades que experimenta el modelo para llevar a cabo la conducta y las consecuencias producidas por la misma. (McCrary et al., 1998; Morris & Maisto, 2001)
- Autorregulación: se refiere a la capacidad de la persona para regular su conducta a través de estándares internos y reacciones autoevaluativas subsiguientes. Si existe discrepancia entre los estándares internos y la conducta, la persona se sentirá motivada para cambiar los estándares y/o su conducta. (McCrary et al. , 1998). Se dice que gran parte de los comportamientos del hombre están

motivados y regulados por criterios internos y reacciones autoevaluadoras ante sus propias acciones y que todo acto incluye entre sus determinantes las influencias producidas. Las personas se proponen normas, objetivos, niveles de ejecución que funcionan como motivadores de la conducta actual. A su vez los individuos evalúan en que medida han alcanzado lo que se han propuesto y lo hacen mediante criterios de comparación (sociales, personales, modelados). Si los procesos autoevaluativos señalan que se ha conseguido lo propuesto, emerge un sentimiento de orgullo y autoconfianza (autorrefuerzo) y por el contrario, si se piensa que las metas se encuentran tan alejadas como al principio, aparece la autocrítica, la autodevaluación y sentimientos negativos que conducen al autocastigo (Oblitas, 2004). La persona se considera como un agente activo del cambio que procesa activamente la información (atención, decodificación, codificación, retención y recuperación) y toman decisiones, es decir no es un ser pasivo y receptor de influencias ambientales.

- Determinismo recíproco: el funcionamiento psicológico es percibido como una interacción recíproca entre la conducta, los factores cognitivos y las influencias ambientales. Desde este marco conceptual, la persona no está dirigida por fuerzas internas, ni reacciona de modo pasivo ante la presión externa, es decir la persona es al mismo tiempo agente y objeto de influencia ambiental, siendo la conducta el resultado de una serie de factores interdependientes. Un ejemplo de esta interdependencia (o determinismo recíproco) es el relativo al concepto de autoeficacia, según el cual se establece que los procedimientos psicológicos producen cambios en la conducta en la medida en que cambian las expectativas de eficacia personal.

(McCraley et al. , 1998)

- Capacidad de autorreflexión: es aquella que posibilita al sujeto analizar sus experiencias y reflexionar sobre sus procesos mentales, de esta forma puede evaluar y modificar sus pensamientos.
- Autoeficacia: Se refiere a las creencias de la persona en su propia habilidad para ejecutar con éxito una respuesta adecuada en una situación determinada, es la confianza en sus propios recursos para hacer frente al problema (McCraley et al. , 1998).

Por otro lado, Abrams y Niaura (1999) muestran algunos principios de la Teoría Cognitivo Social que pueden ser aplicados al problema del alcohol, los cuales se presentan a continuación:

1. Aprender a consumir bebidas alcohólicas representa una parte integral de la socialización y el desarrollo psicosocial dentro de la cultura. Gran parte de este aprendizaje se inicia incluso antes de que el niño o adolescente comience el consumo de alcohol. El efecto de modelado a través de los padres, hermanos y familiares, personas del ambiente social y medios de comunicación permite el efecto de adquisición (aprendizaje y retención). Este efecto de modelado, a través de las influencias directas de actitudes, expectativas, creencias y refuerzo social por beber alcohol van produciendo el aprendizaje, sin embargo, esta teoría nos dice que la influencia de los agentes de socialización no son suficientes para explicar el desarrollo del abuso y dependencia del alcohol.
2. La predisposición individual puede interactuar con la influencia de los agentes de socialización y con las situaciones a la hora de determinar los patrones iniciales de consumo de alcohol. Las diferencias individuales pueden ser de naturaleza biológica y psicosocial (déficit o

exceso de habilidades). Factores genéticos y/o farmacológicos pueden incrementar el riesgo de abuso de alcohol en la vulnerabilidad de los individuos. La ausencia de modelos de bebedores normales o la presencia de modelos que abusan del alcohol también pueden ser de alto riesgo en el abuso del alcohol.

3. Las experiencias directas de consumo de alcohol se vuelven progresivamente más importantes según la experimentación y el aumento del consumo de alcohol. Se considera que el uso continuo del alcohol está reforzado negativamente por factores tales como la reducción de la tensión o del estrés, y reforzado positivamente por factores tales como sus propiedades euforizantes, lo que ayuda a mejorar las interacciones sociales. Tales efectos no actúan por sí solos, sino que están mediados de modo importante por expectativas aprendidas socialmente.
4. Los déficits en habilidades psicosociales de afrontamiento, a la hora de enfrentarse a ciertas demandas situacionales, pueden producir una percepción de ineficacia personal que conduce a la utilización del alcohol, y a una disminución de la frecuencia e intensidad con la que se ejecutan respuestas de afrontamiento alternativas. Por tanto se establece que los estresores ambientales que superan la capacidad de afrontamiento de la persona, la baja autoeficacia para realizar conductas de afrontamiento alternativas, las elevadas expectativas de que el alcohol producirá los efectos deseados y la minimización de las consecuencias negativas a largo plazo son determinantes para que continúe el uso de la bebida.
5. Si el consumo de alcohol continúa, se adquiere tolerancia a las propiedades directas reforzantes (por ejemplo, reducción del estrés) con lo que cada vez se necesitarán mayores dosis de la sustancia para adquirir los efectos iniciales. La tolerancia adquirida puede actuar

como un mediador secundario del consumo posterior del alcohol y también puede estar determinado por factores hereditarios.

6. Si el nivel de consumo de alcohol aumenta y es sostenido a través del tiempo, el riesgo de desarrollar dependencia física y/o psíquica aumenta. En este momento el consumo de alcohol, puede estar reforzado negativamente por la evitación de los síntomas de abstinencia. La dependencia psicológica también puede motivar el abuso del alcohol, es decir, la persona confía cada vez más en que el alcohol es el único modo de afrontar sus problemas psicosociales (cambios de humor, déficit de habilidades sociales).
7. El abuso de alcohol no resulta sólo de variables biológicas, del ambiente próximo y de variables psicológicas, sino que también ocurre que cada episodio de alcohol tiene consecuencias recíprocas tanto individuales como sociales que puede incrementar el consumo de alcohol si se incrementa el nivel de estrés o a través de las interacciones persona-ambiente. Esta teoría sostiene en este aspecto que el determinismo recíproco predice que la reacción de otros en el ambiente (evitar al alcohólico) también resulta en un incremento del estrés, pérdida de apoyo social y un adicional descenso en la autoeficacia y en la capacidad de afrontamiento. Entonces, la pérdida de apoyo social conduce a un incremento de la dificultad de afrontamiento con los estresores ambientales que, además, resulta en incrementar la bebida que lleva a un alivio a corto plazo pero con una pérdida de apoyo social, y así sucesivamente. De este modo se produce un círculo vicioso de interacciones negativas persona-ambiente. Las consecuencias negativas están recíprocamente mantenidas hasta que se llega a un punto de crisis o bien hasta que intervienen elementos sociales ajenos a él, como la policía, el hospital, etc. Por lo que se ha visto hasta aquí, la Teoría Cognitiva Social

explica el poderoso proceso de “pérdida de control” sin tener que recurrir a un modelo de enfermedad biológica.

8. La influencia de factores individuales, sociales y situacionales sobre el consumo de alcohol varía de una persona a otra. La influencia de cualquier factor o combinación de factores es también aplicable al rango del consumo de alcohol, desde la abstinencia al beber controlado, desde el bebedor episódico problema al alcohólico dependiente, con lo cual, se asume que no existen etapas hacia el alcoholismo, ni personalidades alcohólicas y que hay diversos caminos biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación del alcohol.
9. La recuperación dependerá de la habilidad individual para explorar y elegir modos alternativos de afrontamiento (situaciones de riesgo, autorregulación, etc).

En términos generales la teoría en el ámbito de la salud, expone que tanto la conducta normal como anormal se rigen por los principios del aprendizaje social, contrastando con los modelos psicopatológicos que explican el fenómeno del alcohol como una conducta patológica cualitativamente diferente de la normal (McCrary et al., 1998). También sostiene que las conductas saludables son hábitos aprendidos y por lo tanto su adquisición, mantenimiento y modificación están sujetas a los principios del aprendizaje. Bandura relaciona el concepto de autoeficacia con el de la salud ya que él dice que a no ser que un sujeto crea que puede dominar y cumplir hábitos que favorezcan su salud es poco probable que realice el esfuerzo para conseguirlo. La persona necesita creer en su eficacia y saber regular su conducta para tener una conducta preventiva eficaz. (Oblitas, 2004)

Sesiones que componen el Modelo Autocambio Dirigido para bebedores problema.

Observamos que en México existe una alta proporción de abstemios y el consumo diario es poco frecuente, sin embargo, hay un amplio sector de la población que consume con poca frecuencia, donde las veces que consume alcohol lo hace en grandes cantidades lo cual puede ocasionarle diversos problemas.

La preocupación por este fenómeno ha obligado a desarrollar diversos programas enfocados en el consumo del alcohol; sin embargo, estos programas y/o tratamientos han sido orientados a la prevención primaria y/o terciaria; desconociendo la necesidad de la prevención secundaria para identificar los tempranos patrones de consumo que ponen en riesgo al individuo a desarrollar una dependencia al alcohol. Es por esta situación que los Drs. Mark Sobell y Linda Sobell desarrollaron en 1991 el Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores problema en la Addiction Research Foundation en Toronto, Canadá y posteriormente fue traído a México con el objetivo de implementar, evaluar y adaptar este modelo a la población mexicana.

Este programa presenta las siguientes características (Ayala, 1994; Ayala et al., 2001; Echeverría et al., 2004; L. C. Sobell, 2001):

- Es una intervención breve la cual consta de una sesión de evaluación y cuatro sesiones estructuradas
- Es una intervención de corte cognoscitivo-conductual
- Se ofrece en una modalidad de consulta externa
- El tratamiento puede ser a nivel grupal e individual

- Estas basada en la Teoría Cognitivo Social
- Se permite al usuario elegir su meta terapéutica: moderación o abstinencia
- Esta dirigido a población con niveles bajo y medio de dependencia al alcohol
- Es de bajo costo y muestra un alto nivel de efectividad
- Están centrados en población quien no presenta dependencia severa al alcohol (bebedor problema)
- Es individualizado, es decir esta centrado en encontrar las necesidades de cada usuario, por ejemplo, el usuario puede tener sesiones adicionales si él así lo estima.
- El usuario es el responsable del cambio

El programa Autocambio Dirigido es una intervención motivacional que ayuda al paciente a comprometerse a cambiar su conducta y a reorganizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol. La meta de este tratamiento es ayudar al usuario a crear una estrategia de solución de problemas para enfrentarse a las situaciones de consumo excesivo y lograr cambios en su conducta. (Ayala et al., 2001; Echeverría et al., 2004).

Ayala et al. (2001) y Echeverría et al. (2004) mencionan que entre los objetivos terapéuticos de este programa se encuentran:

- Ayudar al usuario a establecer su meta (moderación o abstinencia)
- Encontrar las razones para moderar su consumo o abstenerse de ingerir alcohol.
- Incrementar su motivación para llegar a sus metas.
- Identificar las situaciones en que pueden llegar a beber en exceso

(situaciones de riesgo)

- Desarrollar estrategias y planes de acción ante estas situaciones de riesgo.

Este tratamiento consta de una sesión semanal, durante 45 minutos aproximadamente, en la cual se le dan al usuario una serie de lecturas y ejercicios para resolver en casa relacionadas con cada una de estas sesiones de tratamiento con el fin de apoyar en el cambio del patrón de consumo de alcohol.

A continuación se presenta brevemente, la descripción de cada una de las sesiones, lo cual se abordará detalladamente más adelante:

- Primera sesión: incrementar la motivación para el cambio y conocer el nivel de autoeficacia del usuario.
- Segunda sesión: evaluar situaciones de alto riesgo para beber (análisis funcional de su conducta)
- Tercera sesión: alternativas de solución de problemas ante esos riesgos. El objetivo es que el usuario utilice sus propios recursos (habilidades, autoeficacia) para cambiar su forma de consumo
- Cuarta sesión: resumen de las sesiones anteriores y nuevo establecimiento de metas.

Por otro lado, este modelo además de estar basado en la Teoría Cognitivo Social, incorpora los principios de la Entrevista Motivacional, desarrollada por Miller y Rollnick, por lo cual será necesario hablar brevemente de este tema antes de comenzar a describir la evaluación y las cuatro sesiones del modelo “Autocambio Dirigido”.

Entrevista Motivacional.

Las técnicas motivacionales se basan principalmente en el respeto al usuario, a sus creencias y escala de valores. Intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos enfatizando los puntos de vista del usuario y su libertad de escoger. No es posible motivar a la persona si no tiene claro los beneficios que puede obtener y por el contrario, sólo ve lo que puede perder o como le puede afectar un cambio de conducta.

La entrevista motivacional puede ser definida como un tipo de entrevista clínica centrada en el paciente que, le ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o hábito insano para promover cambios hacia estilos de vida más saludables (Miller & Rollnick, 1999).

Entre las características de la entrevista motivacional destacan (Miller & Rollnick, 1999):

- Estimula la motivación
- Apoya la autoeficacia
- Se hace énfasis en los puntos de vista del paciente
- Se le da la libertad de escoger las propuestas hechas por el terapeuta colaborando más que imponiendo
- Facilita que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio

Por otra parte la entrevista motivacional está basada en el modelo transteórico del cambio, el cual fue creado por James Prochaska y Carlo DiClemente (citados por Miller y Rollnick, 1999) quienes estudiaron los procesos de cambio en las personas, encontrando como los individuos

evolucionan por distintas etapas, cada una con una actitud mental y un tipo de motivación diferentes, pudiendo pasar varias veces por las mismas etapas antes de alcanzar un proceso de cambio. Este modelo es también llamado rueda del cambio o estadios del cambio y cada estadio registra una actitud mental diferente e implica un tipo de motivación también distinto. A continuación, se describen brevemente cada una de estos estadios:

Fase precontemplativa. Hay una ausencia de intención de cambio por parte del sujeto. Utiliza frases como “de algo hay que morir” o “el alcohol a mi no me hace nada”. La persona considera que no tiene ningún problema ya que los efectos benéficos del alcohol superan a los desagradables.

Contemplación. La persona empieza a tener algunas dudas sobre su conducta. Comienza a balancear los pros y contras aunque no se ve todavía con ánimo de intentar un cambio. Es una etapa caracterizada por la ambivalencia.

Determinación. En este momento de la rueda la persona decide intentar un cambio y requiere tener confianza en poder controlar la nueva conducta.

Acción. En esta fase se pone en práctica la decisión tomada y el individuo modifica su comportamiento o entorno con el fin de superar sus conflictos.

Mantenimiento. La persona ha de concentrarse activamente en mantener el cambio y consolidarlo ya que las tentaciones (atracción por la conducta antigua) están presentes. Cabe señalar que en el modelo Autocambio Dirigido, uno de los objetivos de la intervención es el mantenimiento de la conducta a largo plazo.

Recaída. Se vuelve a la conducta anterior y a estadios anteriores:

precontemplación o contemplación.

Sesiones del Modelo Autocambio Dirigido para Bebedores problema:

De Forma general el modelo se compone de las siguientes sesiones:

- a) Admisión: se determina si la persona es candidata o no para el Programa y en que etapa de cambio se encuentra.
- b) Evaluación: se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, las principales situaciones de consumo y la autoeficacia del usuario ante distintas situaciones.
- c) Paso 1: Decisión de cambio y Establecimiento de Metas.
- d) Paso 2: Identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol.
- e) Paso 3: Enfrentando los problemas originales por el consumo de alcohol
- f) Paso 4: Nuevo establecimiento de metas.

A continuación, se revisarán detalladamente cada una de estas sesiones (incluyendo la admisión y la evaluación).

Admisión.

Como se ha visto, la admisión es el primer contacto que se tiene con el usuario, se obtiene información acerca de éste, y por lo tanto se decide si es candidato o no para el modelo.

Una vez que se ha detectado que el candidato puede ingresar en este

Programa, el terapeuta asignado tiene que detectar en que etapa de cambio se encuentra el usuario en estos momentos, de acuerdo con el modelo transteórico que fue mencionado en párrafos anteriores. Cabe resaltar que uno de los objetivos principales de este modelo es que el usuario se sostenga en la etapa de mantenimiento y pueda prevenir y evitar las recaídas.

Por otro lado, incorporando los principios de la Entrevista Emocional, el terapeuta siempre deberá mostrar una actitud empática con el usuario, y evitar etiquetarlo, ya que a la persona no le agrada la idea de ser considerado como “alcohólico”. También debe evitar calificar los asuntos como “problemas” a menos que el usuario les de ese nombre.

El terapeuta debe estar alerta a síntomas de problemática relacionada con el uso de alcohol como son: problemas psicológicos, físicos, accidentes, etc.

El terapeuta debe preguntar acerca de los motivos que lo llevan ahí y a partir de su respuesta tratar de indagar sobre su historia de consumo de alcohol (años consumiendo, tipo de consumo, patrón de consumo, etc.), así como responsabilizarlo de la decisión que tome a futuro. De esta forma, se debe obtener información acerca de los siguientes puntos:

- 1) Historia de consumo de alcohol: incluye promedio de copas por semana, promedio de días de consumo a la semana, promedio del número de copas estándar por días de consumo, consumo máximo en una ocasión durante el mes, tipo de bebida preferida, si bebe solo o acompañado e intensidad del consumo.
- 2) Determinar las consecuencias de la forma de consumo: efectos del alcohol en diferentes áreas de la vida del cliente.

- 3) Determinar si el usuario tiene características clínicas de dependencia severa, que es distinguida por síntomas del síndrome de abstinencia y un consumo muy elevado (más de treinta copas por semana).
- 4) Determinar las contraindicaciones para consumir alcohol.
- 5) Historia adicional: uso de otras drogas, historia familiar de uso y abuso de sustancias.
- 6) Evaluación de dependencia. Una vez obtenida la información mencionada se debe aplicar el siguiente instrumento: Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA), con el fin de valorar los elementos del síndrome de dependencia y observar si forma parte de la población a la cual esta dirigida este tratamiento.

El BEDA es un instrumento sencillo y fácil de calificar, el cual tiene características psicométricas satisfactorias. Este instrumento está dirigido a la población adulta de bebedores problema centrado en identificar bebedores con dependencia baja y media al alcohol para observar si la persona puede participar en el tratamiento. El BEDA es un instrumento idóneo para bebedores problema, su medida proporciona grado de dependencia y esta libre de influencia sociocultural (Ayala et al., 1998). Este instrumento se califica sumando cada puntuación asignada por el usuario a los 15 reactivos que se presentan en el instrumento. El puntaje obtenido va de 0 a 45 puntos donde se observa que de 0 a 10 puntos se presenta una dependencia moderada, de 11 a 20 puntos una dependencia media y de 21 a 45 puntos indica dependencia severa. Cabe resaltar que si los resultados del BEDA se encuentran entre los 11 y 25 puntos, se considera al usuario como posible candidato para participar en el modelo (Ayala et al., 1998).

Otro aspecto a evaluar dentro de la Admisión es si el uso del alcohol ha ocasionado lesión cerebral o incapacidad neuropsicológica, ya que si presentan algún tipo de daño no serán buenos candidatos para este

tratamiento, ya que las habilidades cognitivas son necesarias y un instrumento útil y confiable para evaluar probable daño cerebral debido al uso de sustancias es el PISTAS, del cual se aplica únicamente las subescalas parte A y B. En la parte A se pide al usuario que una con una línea los números que se encuentran en la hoja que se le presenta comenzando por el número 1, siguiendo en orden ascendente hasta terminar con el número 15. en la parte B se le pide al usuario que una con una línea un número con la primera letra del abecedario, y después el siguiente número con la siguiente letra y así sucesivamente. El terapeuta toma el tiempo que llevó realizar cada una de estas tareas (Echeverría et al., 2004).

Para la parte A, el usuario debe llevar a cabo la tarea en un máximo de 60 segundos y la parte B debe hacerse en un máximo de 120 segundos.

Es importante recalcar en este punto que a pesar de que puedan detectarse daños neuropsicológicos provocados por el abuso de alcohol, se ha demostrado una recuperación de funciones en ciertas tareas después de un largo período de abstinencia (Echeverría et al., 2004).

Ambos instrumentos se califican dentro de la sesión y se comentan sus resultados con el usuario.

- 7) Identificar si el usuario es bebedor con dependencia baja o media o presenta dependencia severa. En el segundo caso, se puede discutir con el usuario la pertinencia de ingresar a este programa y sugerir la abstinencia como meta de tratamiento.

Por otra parte las características básicas que debe presentar el usuario para ser candidato al modelo son:

- No presentar síntomas que demuestren dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, delirio, etc.)
- Beber menos de 30 copas a la semana
- En el caso de consumir otro tipo de drogas, que esta no sea la heroína o que la droga de mayor consumo sea inyectada.

Posterior a esto, se invita al usuario a participar dentro del Modelo y se le explican las características de este. Una vez hecho esto, se le da el Formato de Consentimiento donde se describen sus derechos y obligaciones dentro del tratamiento y el terapeuta da un resumen de los puntos más importantes tratados durante la sesión y se le programa la siguiente sesión.

Evaluación Inicial.

La **evaluación** tiene como objetivo conocer mejor lo que ocurre con el consumo de alcohol del usuario y valorar si el sujeto es apto o no para este Modelo.. En la evaluación se puede detectar si el usuario abusa de varias sustancias, o si además del problema con el alcohol tiene alguna otra problemática como depresión, alteraciones psiquiátricas, etc. en estos casos se ha encontrado que este tipo de tratamiento muestra un pronóstico poco favorable. (McLellan, Woody, Luborsky, Brien y Druley, 1983, citado por Echeverría et al., 2004).

Esta sesión consiste en la aplicación de diferentes instrumentos que permitan la recolección de información relacionada con el consumo, la cual es útil para la planeación del tratamiento, así como para verificar los datos que se obtuvieron en la sesión de admisión.

El primer instrumento a aplicar es la *Entrevista Inicial*, la cual evalúa datos

sociodemográficos en relación al usuario (estado civil, edad, sexo, etc.), el área de salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol, historia de consumo de drogas (si es que ha consumido o consume), consumo de tabaco, patrón de consumo de sustancias y consecuencias relacionadas con el consumo del alcohol y otras drogas (daño físico, daño cognitivo, afectivo, problemas interpersonales, agresión, problemas legales y financieros).

La aplicación de esta entrevista tiene como objetivo ayudar en la planeación del tratamiento, así como las consecuencias del consumo.

Otro de los instrumentos que se aplican durante la sesión de Evaluación es la Línea Base Retrospectiva de consumo del Alcohol (LIBARE), la cual se utiliza para medir el patrón de consumo de alcohol (la cantidad y la frecuencia de consumo). Este instrumento se puede utilizar para medir el patrón de consumo antes de, durante y después del tratamiento, y fue desarrollada por Sobell y Sobell en 1979 (citado en McCrady et al., 1998; Echeverría et al., 2004), quienes plantearon la necesidad de diseñar nuevos procedimientos que ayuden a obtener mayor precisión en el análisis retrospectivo del consumo de alcohol.

La LIBARE consiste en un calendario que se presenta al usuario para que estimen un aproximado de su consumo diario en el año previo al tratamiento en la cual se le pide al sujeto que recuerde del modo más preciso posible, el número de días que ha ingerido alcohol y la cantidad consumida que ha consumido cada uno de estos días. (Echeverría et al., 2004). Para facilitar al sujeto el recuerdo del consumo en el último año se le pueden preguntar por fechas claves festivas en los que cree que pudo haber consumido, períodos en los que no consumió, etc. En este punto es

importante aclarar que es lo que se entenderá por un copa estándar:

De acuerdo con Echeverría et al., 2004, una **copa estándar** es equivalente a:

- 1 Cerveza (340 ml.)
- 1 tornillo de pulque (340 ml.)
- 1 copa de vino de mesa (142 ml.)
- 1 copa de licor o destilado (43 ml). Entre los destilados encontramos el ron, tequila, mezcal, aguardiente, brandy, ginebra, whisky y vodka.

De este modo, una botella de vino de 750 ml. equivaldría a 6 copas, un litro de pulque a 3 copas y una botella de destilados de 340 ml. a 8 copas.

Los datos arrojados por el LIBARE se analizan con el usuario durante la primera sesión, lo cual puede ayudar como un elemento motivacional para el cambio. Cabe señalar que este instrumento también es aplicado durante la fase de seguimiento para comparar el patrón de consumo de alcohol antes y después del tratamiento.

Otro instrumento que se aplica dentro de la evaluación, es el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) en el cual se miden situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas como situaciones de alto riesgo para una recaída. Este instrumento proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en un individuo. Esta prueba evalúa ocho categorías (situaciones de riesgo) divididas en dos grupos: Situaciones personales (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, autocontrol y necesidad y urgencia por consumir) y Situaciones que involucran a terceras personas (conflicto con otros, presión social, momento agradables). Este sistema de clasificación se desarrolla con base

en el trabajo de Marlatt donde al hacer un análisis de las respuestas que daban los usuarios ante las circunstancias que rodeaban su primera recaída encontraron 8 categorías de respuesta, (Marlatt y Gordon, 1980, citado en Ayala et al., 1998).

Posteriormente se aplica el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), el cual está basado en la teoría de la Autoeficacia desarrollada por Bandura, evaluando así las habilidades que cree tener el usuario para resistirse a consumir bebidas alcohólicas ante situaciones particulares.

Una vez completados estos dos cuestionarios, se desarrolla un perfil de las situaciones de mayor riesgo de consumo y un perfil de la confianza que tiene la persona ante esta situación de riesgo entregándole sus resultados en el Paso 2 del tratamiento.

Posteriormente se hace entrega del automonitoreo o autorregistro donde se le explica al usuario que tiene que anotar diariamente varios aspectos de su conducta de consumo. Es decir, el usuario va a monitorear y registrar su consumo de alcohol, así como los eventos relacionados (necesidad de consumo, consecuencias.). el autorregistro consiste en que el usuario lleve un diario y que registre episodios de consumo, cantidad, frecuencia e intensidad de consumo, circunstancias asociadas con el consumo y pensamientos y necesidades de consumo.

Como mencionan Echeburúa & Amor (2003), los autorregistros sirven para dar al usuario una retroalimentación inmediata sobre su situación en relación con el alcohol y detectar que no haya situaciones de recaída. Por otra parte McCrady et al. (1998), mencionan que el autorregistro posibilita profundizar en el consumo de alcohol y el autorregistro no sólo nos da

medidas del consumo en sí, sino que también de las condiciones en las cuales se consume, facilitando la identificación de los factores disparadores del consumo. También se puede recabar información acerca de aspectos de tipo cognitivo como los pensamientos ante el consumo y sentimientos vinculados a este.

Por otro lado, el autorregistro coloca al usuario en un papel activo, ya que él es el que tiene que llevar a cabo el registro de su comportamiento. Otra ventaja que encuentra McCrady es que esta técnica constituye un importante refuerzo positivo cuando la persona constata un mayor control sobre diversas situaciones de riesgo, lo cual a su vez ayuda a aumentar la autoeficacia en el usuario.

Echeverría y cols. (2002) mencionan que la ventaja del autorregistro es que esta técnica proporciona retroalimentación al usuario y se ha visto que el hecho de registrar y monitorear la conducta puede producir un cambio en el comportamiento registrado y también sirve para observar el progreso dentro del tratamiento. Por otra parte, el autorregistro es más útil para las personas que tienen como meta la moderación, sin embargo alguien que busca la abstinencia, llevar en su autorregistro un consumo de cero copas puede ser muy motivante para mantener su conducta.

Como podemos ver, el autorregistro es de gran utilidad dentro de cualquier programa de intervención con bebedores problema.

El autorregistro va a ser revisado al inicio de cada sesión y se comentará con el usuario los aspectos que resalten en su automonitoreo, así como los cambios en el patrón de consumo y se identificarán las situaciones adicionales de alto riesgo para el usuario.

Para finalizar la sesión, se le explica al usuario la lectura y el ejercicio del Paso 1 que deberá traer para la siguiente sesión, en la cual se busca analizar los costos y beneficios de su actual forma de beber, tomar conciencia de sus decisiones y las consecuencias, identificar razones para cambiar y establecer su meta de consumo.

Paso 1. Decidir el cambio y establecimiento de metas.

El Objetivo durante esta sesión es ayudar a reflexionar al usuario sobre su consumo de alcohol y a identificar las razones para cambiar su consumo.

El primer paso dentro de la sesión es la revisión del autorregistro del usuario donde se observa el consumo de la semana anterior y se discuten los puntos más importantes del mismo.

Una vez analizado el autorregistro, se revisa la primera lectura y se le pregunta sobre los aspectos que le llamaron la atención de esta lectura.

Como se menciono anteriormente, una de las ventajas de este modelo, es que permite elegir al usuario su meta de tratamiento: moderación o abstinencia. En esta sesión se trabaja la importancia de la toma de decisiones, los costos y beneficios de su consumo actual de alcohol, la identificación de las razones del cambio y la importancia del establecimiento de metas y la confianza para lograrla.

En los ejercicios dados al usuario, éste debe describir los beneficios y los costos de continuar con su forma actual de consumo de alcohol. Se discuten también los beneficios y costos de cambiar su forma de beber. Con este ejercicio se intenta observar la ambivalencia del usuario al cambio, que

es natural que se presente al decidir el cambio donde la motivación para el cambio ocurre cuando un individuo se da cuenta que los costos de su consumo son más perjudiciales que los beneficios recibidos.

En resumen, en esta sesión se busca que el usuario mencione sus razones para cambiar su forma de beber a través de un Balance Decisional donde junto con el terapeuta se discuten los pros y contras de dejar de beber y/o reducir el consumo de alcohol (dependiendo de la meta elegida) , así como el de continuar consumiendo la misma cantidad de alcohol. Junto con el terapeuta el usuario realiza un establecimiento de metas donde se elige entre dejar de beber (abstinencia) o la moderación y se establece un compromiso de cambio el cual es definido por Martín y Pear (1999) como una norma que un individuo se manifiesta a sí mismo (y quizás a otros), en donde es importante que trabaje para hacerlo, y reconozca los beneficios de llevarlo a cabo.

Freixa (2003), menciona que uno de los objetivos principales al iniciar un tratamiento es aumentar y encontrar nuevas motivaciones que ayuden en la decisión de abandonar o abstenerse del uso del alcohol. Se puede comenzar con proponerle al sujeto que haga un balance de decisiones para valorar los pros y contras tanto de continuar con la conducta como de dejarla.

Por otra parte Echeburúa & Amor (2003) expresan que el primer paso dentro de cualquier programa es la definición del objetivo terapéutico: la abstinencia total o la moderación del consumo. En este punto, es importante señalar aquellos casos en los cuales la moderación no es una meta conveniente dentro del tratamiento (Echeburúa, 2001):

- Personas que presentan dependencia severa a alcohol (pérdida de control, dependencia física, tolerancia y degradación psicosocial)

- Historia de recaídas frecuentes
- Toma de medicamentos contraindicados con el consumo de alcohol
- Personas embarazadas o que desean embarazarse
- Enfermedades crónicas (úlceras pépticas, cirrosis hepática, hepatitis alcohólica, etc.)
- Consecuencias sociales (prohibición legal, libertad bajo fianza)
- Responsabilidad profesional sobre terceras personas (conductor, piloto, cirujano, etc.)

Por otro lado, es importante resaltar que la meta tiene que ir en base a la decisión que el sujeto prefiera, además de que elegir la meta junto al terapeuta es más benéfico para el usuario, ya que como menciona Freixa (2003), el prescribir una meta poco adecuada o inaceptable para el usuario puede interferir en el proceso de cambio de la persona. También es importante resaltar que las personas que muestran dependencia más severa al alcohol obtendrán mayores beneficios de intervenciones más intensivas mientras que los bebedores problema tendrán mayores logros con programas de bebida moderada (McCready, 1998).

Por otra parte, diversos estudios han demostrado que la moderación en bebedores problema puede resultar más positiva que imponer la abstinencia como única opción de tratamiento. Por ejemplo, en un estudio realizado por Miller y Joyce en 1979 se encontró que personas que tenían como meta la moderación dentro de un tratamiento, presentaban menor cantidad de síntomas y menos problemas familiares en comparación con aquellos a quienes se les había impuesto la abstinencia como meta de tratamiento.

Otro estudio realizado por Miller y Baca (1983) muestra que las tasas de éxito con este tipo de tratamientos en los cuales se permite elegir la meta,

varía entre 60-70%.

Echeburúa (2001) menciona que posibilitar al paciente la meta dentro del tratamiento aumenta la implicación personal dentro del cambio.

Por otra parte, es importante que el usuario defina con exactitud cual será su meta de tratamiento, es decir, el número de copas que planea beber en un día normal y el número de días a la semana, así como las situaciones en las cuales planea beber y no beber en absoluto.

Una vez, que el usuario ha elegido su meta, se le plantea que tan importante es para él alcanzarla y que tan confiado se siente de poder lograrla.

Durante la sesión, también se revisa con el usuario los resultados arrojados en el LIBARE con el objetivo de brindar al usuario más información para el establecimiento de su meta.

Para finalizar la sesión se le entrega al usuario la tarea y el ejercicio número 2 relacionado con la identificación de situaciones de riesgo.

Paso 2. Identificar Situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso.

Es importante señalar que uno de los objetivos principales dentro del Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores problema es el **mantenimiento de la conducta a largo plazo y la prevención de recaídas**, lo cual es tratado en la sesión número 3, de esta programa, pero para ello, es necesario identificar las situaciones que ponen en riesgo al usuario, que es el punto principal que aborda esta sesión.

Como se mencionó, el objetivo de esta sesión es que el usuario identifique la relación entre su estilo de vida actual, su problema con el consumo de alcohol y las situaciones de riesgo que lo llevan a beber en exceso. Como sugiere Freixa (2003), un punto importante en una intervención para evitar las recaídas, es reconocer las situaciones de alto riesgo y mantener al usuario en una disposición de alerta cognitiva.

Por otro lado Marlatt y Gordon (1985) (citados en Echeburúa y Amor 2003) concuerdan con lo anteriormente señalado, ya que ellos mencionan dos puntos de intervención para evitar las caídas: el primero de ellos es la identificación de las situaciones de alto riesgo y el segundo son las respuestas de enfrentamiento adecuadas ante estas situaciones.

Estos mismos autores señalan que los problemas de bebida están sujetos a recaídas frecuentes. En el ambiente existen diversas situaciones que son tentaciones para el individuo y que ponen a prueba continuamente el grado de autocontrol de la persona. de ahí la importancia de incluir en este tratamiento, la prevención de recaídas para el mantenimiento de los logros terapéuticos a largo plazo.

Marlatt resalta que durante y después del tratamiento el sujeto se va a enfrentar a una serie de situaciones de alto riesgo, donde la falta de respuestas de afrontamiento da lugar a una cadena de eventos que pueden disminuir la autoeficacia y conducir al consumo inicial de alcohol (citado en MacCrady et al., 1998). Entre las situaciones de riesgo que pueden ser identificadas se encuentra el afrontamiento a la presión social, control de la ansiedad, estados emocionales negativos y conflictos interpersonales y de pareja (Echeburúa, 2001; Echeburúa & Amor, 2003).

Esta sesión se inicia con la revisión del automonitoreo del usuario y se comentan los puntos más significativos de este.

Una vez realizado esto, se aborda la prevención de recaídas, siendo los pasos anteriores la preparación para este último. En este punto se analiza algo muy importante: la necesidad de contemplar la recaída como una parte del cambio, y pensar esto como un error, el cual de ninguna manera significa que todo el trabajo realizado ha sido inútil, reconociendo que la recaída no denota que se este regresando al patrón de consumo anterior, sino que se puede aprender de ella para trazar o replantear el plan de acción a seguir (Echeburúa, 2001; Echeverría, et al., 2003).

En la literatura podemos destacar a Echeburúa y Amor (2003), los cuales destacan que lo que facilita una vuelta a niveles de alcohol anteriores al tratamiento es la percepción de fracaso del sujeto y la pérdida de confianza en sus habilidades para mantener el objetivo terapéutico propuesto. Esta parte esta relacionada directamente con la autoeficacia del sujeto, la cual también es tratada dentro de las sesiones del programa. Estos mismos autores también indican que una recaída debe ser vista como un error aislado en un proceso de aprendizaje.

Por otra parte, Freixa (2003), menciona que ante una recaída, hay que animar al usuario en su empeño y el terapeuta deberá abstenerse de regañarlo o rechazarlo.

Las recaídas también pueden presentarse durante las sesiones de seguimiento y aquí se puede analizar junto con el usuario las alternativas que le permitan afrontar la situación presente.

En el ejercicio que le fue dado para esta sesión, el usuario identificó diversas situaciones en las cuales tomó alcohol en exceso y las consecuencias que tuvo de beber alcohol en forma excesiva y de esta forma se identifican diversas situaciones de riesgo, las cuales son comentadas con el terapeuta tratando de encontrar los precipitadores o disparadores y consecuencias de la ingesta de la infesta de alcohol preguntándole al usuario acerca de los posibles antecedentes y consecuencias que pudo haber pasado por alto.

Posteriormente dentro de la sesión se revisan los resultados del ISCA y el CCS que fueron aplicados durante la evaluación con el fin de comparar estas respuestas con las que dió el sujeto dentro de su ejercicio, recordando que el ISCA evalúa las situaciones en las que el usuario consumió en forma excesiva durante el año pasado y el CCS mide la autoeficacia antes estas mismas situaciones pero en el momento actual.

Como último paso dentro de la sesión, se le entregan las tareas de la siguiente sesión.

Paso 3. Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol.

El objetivo del tercer paso es que el usuario pueda desarrollar estrategias para enfrentarse con las situaciones de alto riesgo, a fin de evitar recaídas en el futuro y se pueda mantener la conducta, así como la meta del tratamiento.

En esta sesión, se revisa nuevamente el autorregistro llevado a cabo por el usuario y se le recuerdan las tres principales situaciones de consumo y los disparadores de la conducta, donde se hace énfasis que ante estas

situaciones de riesgo se deben de tener opciones que le permitan desarrollar estrategias para poder controlar su consumo, lo cual es revisado en el ejercicio 3: Opciones y Probables consecuencias y Planes de acción. Una vez realizado esto, se le pide al usuario que elija las dos opciones que considere más adecuadas ante cada situación de riesgo y elabore un plan de acción con base en esta opciones. Es importante señalar que estos planes deben ser realistas e indicar paso a paso como se llevarán a cabo estas acciones (Echeverría et al., 2004).

Para finalizar la sesión se hace un resumen remarcando las dos mejores opciones que eligió ante cada situación de riesgo y el plan de acción que llevará a cabo y se le entrega el ejercicio para la última sesión.

Paso 4. Nuevo establecimiento de metas.

El paso cuatro es la última sesión del tratamiento (en caso de que el usuario no requiera sesiones adicionales), en la cual se debe analizar el progreso del usuario durante su participación en el modelo con el fin de concluir el tratamiento o determinar junto con el usuario si se requieren otras sesiones.

Durante esta sesión se revisa nuevamente el autorregistro, donde ahora se analizará el consumo a lo largo de todo el tratamiento, con lo cual se determinarán los cambios y el progreso del usuario.

Otro punto que también se debe revisar en esta sesión es que tan capaz se siente el usuario para tener control sobre su forma de beber, si aprendió a identificar las circunstancias y eventos que lo llevan a beber excesivamente y las consecuencias de su consumo (incluyendo las inmediatas, futuras,

positivas y negativas), si considera que sus planes de acción son efectivos y qué tan hábil se siente para llevarlos a cabo.

Posteriormente, se revisa el ejercicio que le fue asignado para realizar en casa en el cual el usuario tiene que establecer una nueva meta de consumo para los siguientes seis meses considerando lo que se revisó durante la sesión.

Un instrumento que se vuelve a aplicar es el CCS, en el cual se comparan sus respuestas con la aplicación anterior y se le recuerda que si presenta una recaída, esta debe ser vista como parte del proceso de cambio y como un error aislado.

Se realiza un resumen de la sesión y se le recuerda al usuario acerca de la primer entrevista de seguimiento que se llevará a cabo un mes después de concluido el tratamiento.

Las sesiones adicionales son consideradas únicamente en el caso de que las metas del programa no se hayan cumplido satisfactoriamente (el usuario presenta el mismo patrón de consumo que al inicio del tratamiento) o cuando el usuario se siente poco seguro de poder enfrentar las situaciones de riesgo y/o llevar a cabo su meta.

Una vez concluidas las sesiones de tratamiento es importante recordar que se realizarán sesiones de seguimiento al mes, tres, seis y doce meses.

CAPÍTULO 3.
**ESTUDIOS REALIZADOS EN MÉXICO DEL MODELO DE DETECCIÓN
TEMPRANA E INTERVENCIÓN BREVE PARA BEBEDORES PROBLEMA
“AUTOCAMBIO DIRIGIDO”**

En México se ha desarrollado e instrumentado el programa Autocambio Dirigido, derivado de un modelo realizado en Canadá por los Doctores Sobell y Sobell. De la aplicación de este modelo se han realizado tres estudios en este país. Los resultados de estos estudios son presentados a continuación:

El *primer estudio* fue publicado en 1995 por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez y su aplicación se llevó a cabo en la Ciudad de México en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" y el Centro Acasulco de la Facultad de Psicología de la UNAM.

La muestra estuvo compuesta por 76 personas que fueron identificadas como bebedores problema y que completaron las cuatro sesiones de tratamiento. Su edad promedio fue de 36 años, 88 % eran hombres, 47 % de ellos eran casados, 29 % solteros, 16 % divorciados y 8% viudos. En cuanto el nivel de dependencia en la evaluación inicial, se encontró que el 34.2 % de los sujetos presentaban una dependencia severa al alcohol y el 65.8% de la muestra presentaba una dependencia moderada o media.

Con relación a la meta elegida por los usuarios durante la primera sesión, el 81% de los usuarios prefirió la moderación como meta de tratamiento, mientras que el 14.5% eligió la abstinencia. En el restablecimiento de metas, llevado a cabo en la cuarta sesión por los usuarios, el 83 % seleccionaron la moderación, mientras que el 17% prefirió la abstinencia

como meta.

En relación a la abstinencia, los sujetos reportaron haber permanecido abstemios el 62% de los días en los doce meses previos a la primera sesión de tratamiento y durante el tratamiento el porcentaje se incrementó a 74% de días de abstinencia.

Otro aspecto evaluado fue el número de copas por ocasión de consumo, en donde se encontró un promedio de 10.26 copas en los doce meses previos al tratamiento, mientras que durante éste, el número se redujó significativamente a 2.74.

En cuanto a los *patrones de consumo excesivo* (beber más de 10 copas estándar por ocasión de consumo) , se encontró que durante los doce meses previos al tratamiento, el 8.4% de los días el consumo fue excesivo y durante el tratamiento el porcentaje bajó a 2.9%.

Por último, se evaluó la *satisfacción* de los usuarios con relación al Programa Autocambio Dirigido, en el cual se encontró que el 61% de los usuarios se mostraron extremadamente satisfechos con el tratamiento y el 39% restante manifestó estar satisfecho con el programa. Con respecto a la utilidad del programa para ayudarlos a abstenerse o moderar su consumo de alcohol, el 77% de los usuarios mencionó que el programa fue extremadamente útil y el 23 % dijo que el programa los había ayudado.

El segundo estudio fue realizado en la Ciudad de México, con una muestra de 177 individuos que acudieron al Centro Acasulco de la UNAM, los cuales presentaban problemas relacionados con su consumo de alcohol. Estas personas completaron las cuatro sesiones del programa y se les hizo una

visita de seguimiento a los 6 y a los 12 meses posteriores a la última sesión de tratamiento.

Los resultados de esta aplicación fueron publicados por Ayala, Echeverría, M. Sobell y L. Sobell en 1997, los cuales se presentan a continuación:

Entre las *características generales de los sujetos* se encontró que la edad promedio de éstos fue de 37.5 años, el 86% eran hombres, mientras que el 14 % eran mujeres. El 55% de los usuarios estaban casados y el 36% eran solteros, mientras que el porcentaje restante (9.3%) se encontraban separados o divorciados. El número promedio de años de consumo de alcohol fue de 16 años con una $S = 8.95$ y el número de años de consumo problemático de alcohol fue de 9.2 años con una desviación de 6.63 y el 41% de la muestra había participado en algún otro tipo de tratamiento. Entre la bebida de mayor consumo se encontraron los destilados (57.7 %), seguida de la cerveza (34.5%), en tercer lugar estaba el vino (6.6%) y por último el pulque con 1.1%.

En relación a la *meta de tratamiento*, durante la primera sesión el 72.9% de los sujetos eligió como meta terapéutica la moderación y el porcentaje restante (27.1) eligió la abstinencia. Durante la cuarta sesión en el restablecimiento de metas el porcentaje de personas que deseaban la moderación como meta aumentó a 78.5% y la meta de abstinencia bajó a 20.9 %.

En este estudio se evaluaron los efectos del programa a través de una serie de indicadores: patrón de consumo de alcohol, nivel de problemática relacionada con el consumo, auto-percepción de mejoría, nivel de autoeficacia y satisfacción con su calidad de vida. A continuación serán presentados los resultados de cada uno de estos indicadores:

Con respecto al número de días de abstinencia al mes, se encontró que en el pre-tratamiento (12 meses antes del inicio del tratamiento) los sujetos reportaron haberse mantenido abstemios un promedio de 73% de días al mes. Durante la fase de tratamiento se encontró un porcentaje muy similar (72.5%) de días de abstinencia al mes. En el seguimiento a los 6 meses este porcentaje se incrementó al 84% de los días, lo que representa un 10% más de los días de abstinencia en comparación con el tratamiento. En el seguimiento a los doce meses, el 82% de los días del mes, los participantes se mantenían sin ingerir alcohol.

Por ocasión de ingesta de alcohol, el *patrón de consumo* se clasificó en tres categorías: 1) consumo de 1 a 4 copas; 2) consumo de 5 a 9 tragos; 3) consumo de más de 10 copas estándar. De acuerdo con esto, se encontró que durante la fase de pre-tratamiento, el mayor porcentaje de días al mes fue de consumo excesivo, es decir, el 13% de días al mes bebieron más de 10 copas estándar por ocasión de consumo. Este patrón se modificó durante los dos seguimientos realizados, en los cuales se invirtió el patrón ya que en ambos seguimientos, el porcentaje más alto de días al mes fue aquellos en los cuales se consumió de 1 a 4 copas por ocasión (consumo moderado), reduciéndose el número de días en los cuales se bebía 10 o más copas.

Con respecto a la *satisfacción con su estilo de vida*, el 62% de los usuarios reportó al inicio del tratamiento sentirse insatisfecho o inseguro, mientras que en las visitas de seguimiento el 70% a los seis meses y 79% a los doce meses comentaron estar satisfechos con su actual estilo de vida, reduciéndose considerablemente el número de personas que reporto estar insatisfecha con su estilo de vida.

En relación a los problemas relacionados con el uso de alcohol, estos se

dividieron en 8 categorías: problemas laborales, de salud, cognoscitivos, afectivos, interpersonales, agresión, legales y financieros. En comparación con el porcentaje de sujetos que presentaban algún problema relacionado con su consumo al inicio de tratamiento

En relación a la *percepción de severidad del problema de consumo de alcohol*, se observó que en el pretratamiento el 40 % de las personas evaluaban su consumo como un problema mayor y el 24% lo considero un gran problema. En la fase de seguimiento, hubo una reducción de sujetos que calificaron su problema en estos dos niveles y un aumento en el porcentaje de sujetos que consideraron su consumo como un problema menor o sin problema.

Por otro lado, al pedirles a los usuarios que calificaran su *mejoría* con base en una escala que iba de muy pobre a muy buena, en el seguimiento de seis meses, cerca del 70% calificó su mejoría como buena o muy buena y estos números se incrementaron en el seguimiento a 12 meses (80% calificó su mejoría como buena o muy buena).

Al medir la Autoeficacia de los usuarios ante situaciones de riesgo, se observó un aumento de ésta en el seguimiento a los seis meses. Estas situaciones fueron las mismas que se presentaron anteriormente en el estudio realizado por Ayala y cols. (1995).

Por último se evaluó la utilidad y la satisfacción de los usuarios con el tratamiento y el 78% de los usuarios s encontraba muy satisfecho con el tratamiento y 22% estaba muy satisfecho. En relación a la utilidad, 74% calificó el programa como muy útil y 26% como útil.

En el tercer estudio se capacitó a médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el fin de llevar a cabo el Programa Autocambio Dirigido en

dicha institución, por lo cual los datos iniciales presentados en este tercer reporte son resultado de la aplicación de este modelo en las clínicas del IMSS (Ayala, Carrascoza & Echeverría, 2003).

Esta muestra estuvo compuesta por 91 personas con edad promedio de 37 años, de nivel socioeconómico medio y bajo y el 64.4 % de la muestra estaban casados.

Al inicio del tratamiento el 15% de los usuarios mostraba una dependencia baja al alcohol, el 51 % una dependencia media y el 33% dependencia severa.

Los resultados muestran que en relación a los días de abstinencia por mes, durante el pretratamiento, el 74% de estos días no había consumo de alcohol, mientras que en el primer seguimiento realizado este porcentaje aumentaba a 80%.

En relación al patrón de consumo, se observó durante el pretratamiento que el 8.3 % de los días los sujetos mostraban un consumo excesivo de alcohol (10 o más copas por ocasión), lo cual se invirtió en el primer seguimiento, en el cual se observó que el 15.9% de los días al mes las personas bebían en forma moderada (1 a 4 copas por ocasión de consumo) y solo el 1.8% de los días los sujetos bebían en forma excesiva.

Por último, en este estudio se encontró que en relación a los problemas relacionados con la ingesta del alcohol (problemas laborales, de salud, cognitivos, interpersonales, afectivos, legales y financieros), éstos se redujeron considerablemente durante el primer seguimiento.

Por otra parte, el Modelo de Autocambio Dirigido también fue aplicado en Colombia por Gantiva, Gómez y Flórez en 2003, por lo cual se mencionaran brevemente los resultados obtenidos en dicho país:

La muestra estuvo integrada por 68 individuos colombianos a los cuales se les aplicó la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA), en la cual se encontró que el puntaje promedio de la muestra correspondía a un nivel de dependencia media.

También fue evaluado el nivel de autoeficacia durante la fase pre y postratamiento, encontrándose un aumento de la confianza en el sujeto en la última sesión de tratamiento, destacando particularmente un aumento de la autoeficacia ante diversas situaciones de riesgo en las cuales podría darse un consumo excesivo tales como presión social, emociones agradables y desagradables y necesidad física del alcohol.

En relación al patrón de consumo de alcohol, se encontraron diferencias en el promedio de copas consumidas por ocasión pasando de 9.24 copas a 3.34 copas durante el postratamiento y también hubo una reducción del total de días de ingesta y el total de copas consumidas.

Como se puede observar, los resultados que ha arrojado este programa en los diversos estudios presentados, demuestran que el Modelo Autocambio Dirigido es una intervención eficaz y prometedora, que ha mostrado resultados positivos y en el cual los usuarios han logrado reducir sus patrones de consumo de alcohol y los problemas relacionados. Por otro lado se puede observar que esta intervención puede ser efectiva en diversos países, lenguajes y culturas, ya que los datos obtenidos son similares a los resultados anteriores e iniciales del modelo (M. Sobell & L. Sobell, 2005).

CAPITULO CUATRO.

ESTUDIO DE SEGUIMIENTO.

Para conocer la efectividad de un programa es indispensable realizar una evaluación de éste y una de las formas de evaluarlo es a través de los estudios de seguimiento o longitudinales, los cuales ayudan a conocer la permanencia de los efectos del tratamiento a través de distintos períodos en el tiempo; por lo tanto puede resaltarse que el seguimiento es una parte fundamental del proceso de evaluación, siendo la última etapa o fase dentro de este proceso (McCrary et al., 1998), por lo cual será importante comenzar hablando de lo que es la evaluación y sus componentes para poder proseguir y entender el tema principal de este capítulo: **el seguimiento.**

Evaluación.

El término evaluación proviene del latín “valere” (valorar), que implica la acción de justipreciar, o atribuir cierto valor a una cosa.

El comité de Estándares para la Evaluación (Joint Comite on Standars for Educational Evaluation) (citado por Stufflebeam & Shinkield, 1995) define a la evaluación como “la sistemática investigación del valor o mérito de algún objeto”.

Por su parte, Rossi y Freeman (1989) definen a la evaluación como una área dedicada a recabar, analizar e interpretar información acerca de las necesidades, aplicaciones y trascendencia con las que se busca la superación de la humanidad mediante el mejoramiento de las condiciones

sociales y de la vida comunitaria. Se encarga de mejorar y juzgar la efectividad y la eficacia de los programas sociales, de salud, comunitarios, educación, entre otros.

Otra definición es la que propone Fernández-Ballesteros (1996), él cual destaca que la evaluación de programas es la investigación sistemática a través de métodos científicos de los efectos, resultados y objetivos de un programa con el fin de tomar decisiones sobre él.

Nirenberg, Brawerman y Ruíz (2000) definen la evaluación de un programa como una actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección, análisis e interpretación de información con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre las actividades, resultados e impactos de esos programas o proyectos, y formular recomendaciones para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura. Cabe mencionar que para llevar a cabo la recolección, análisis e interpretación de datos es necesario realizar un estudio de seguimiento.

En esta definición, resalta que la evaluación debe ser prevista tal como las otras acciones del programa, es *programable* porque se le deben dar recursos específicos, es decir, personas idóneas, momentos y lugares definidos, instrumentos adecuados y financiamiento, debe *reflexionar sobre la acción*, es decir analizar que es lo que se hizo y se está haciendo, qué riesgos y oportunidades se presentan y que logros se han obtenido. En esta misma línea, la evaluación debe estar basada en *procedimientos sistemáticos*, es decir implica una metodología y técnica para la recolección y análisis de los resultados que permitirá hacer juicios acerca de la efectividad del programa, lo cual es básico en toda evaluación, ya que

implica atribuir un valor, medir o apreciar si se ejecutan las actividades de acuerdo con lo programado y con base a esto formular recomendaciones para la toma de decisiones para ajustar y/o corregir las acciones.

Como se observa a través de estas definiciones, una parte de la evaluación es la encargada de recabar datos y obtener resultados con el fin de juzgar y valorar el programa, y para llevar a cabo esta parte es necesario realizar un seguimiento, el cual es una parte indispensable dentro de la evaluación ya que sin éste, no se podría saber si el programa o intervención funcionó realmente.

Por otra parte, el proceso de evaluación se compone de diferentes procesos relacionados que pueden ser clasificados en evaluación formativa y sumativa. La primera se refiere al proceso realizado durante la aplicación del programa y tiene por objetivo la mejora del mismo, mientras que por otro lado la evaluación sumativa (llamada también de resultados o impacto) es la que se lleva a cabo una vez finalizado el programa (Fernández-Ballesteros, 1996).

Algunas de las características de la evaluación es que debe ser un proceso continuo que se involucre en la planeación desde su inicio, en el planteamiento del problema a resolver o etapa diagnóstica, durante el proceso de la acción y al finalizar períodos determinados, en donde se deberá poner énfasis en los resultados obtenidos, es decir la evaluación siempre debe estar presente antes de iniciar un programa o proyecto para tomar una decisión relativa a si se debe implementar o no, es la fase de formulación y diseño del proyecto, en la cual se debe evaluar su pertinencia, coherencia interna y su factibilidad, es decir la disponibilidad de los recursos requeridos y la existencia de las condiciones necesarias para

desarrollarlo. Este tipo de evaluación es llamada *ex ante* o “de pertinencia”. A la evaluación que se realiza durante la ejecución del proyecto se le denomina de *progreso o proceso, de gestión, concurrente, de operación o intermedia*, y su objetivo principal es evaluar en que medida se van cumpliendo los objetivos del programa. Por último se encuentra la evaluación que se realiza una vez concluido el programa, la cual puede efectuarse inmediatamente después de haber finalizado la intervención o varios meses o años después de que el programa haya terminado. Esta evaluación se concentra en los resultados obtenidos para calcular en que medida se alcanzaron los objetivos previstos y cuales fueron los efectos causados en los sujetos o participantes. El objetivo de la evaluación *ex post* es observar la eficacia, efectividad y eficiencia de los programas (Nirenberg et al., 2000, Rosi & Freeman, 1989).

La evaluación es una de las actividades fundamentales de los servicios de salud y los usuarios de estos servicios merecen una asistencia que satisfaga sus necesidades, que sea de alta calidad y eficiencia.

Finalmente, se puede decir que es en la evaluación sumativa, es decir, la evaluación que se realiza después de concluirse el programa en la cual se centró el presente trabajo.

SEGUIMIENTO

Como se describió en párrafos anteriores, el seguimiento es una parte *fundamental* dentro del proceso de evaluación de un programa, ya que permite recabar, interpretar y analizar la información del mismo; sin embargo será necesario comenzar dando una definición de lo que se entiende por un seguimiento ya que este término ha sido aplicado y

entendido de diversas formas.

Definición de Seguimiento.

El término seguimiento ha adquirido diferentes significados a lo largo del tiempo , ya que por ejemplo en algunos programas éste se refiere a la disponibilidad de tratamiento adicional para reuniones con pacientes que así lo deseen, en otros el seguimiento ha sido aplicado en forma de boletines o cuestionarios de satisfacción que se envían a los usuarios a través del correo y que deben ser llenados y regresados a través del mismo medio al centro de servicios o al terapeuta (Miller, 1989).

Miller (1989) nos dice que el seguimiento debe ser entendido como “intervalos designados, sistemáticos, estructurados, de contacto individual, posteriores al tratamiento”. Siguiendo con esta definición, hay beneficios importantes (tanto para el usuario como para el terapeuta) que pueden derivarse únicamente de este tipo de seguimientos, ya que un monitoreo¹ sistemático supera en gran medida los costos involucrados.

Es importante señalar que una característica de un seguimiento es que éste no debe ser costoso y aunque puede ser muy tardado, puede traer beneficios de costo-eficacia ya que esta fase puede servir como prevención para que el sujeto no ingrese en un futuro a tratamientos más intensivos y por lo tanto más costosos para la sociedad (L. Sobell & M. Sobell, 1981).

Una vez que se ha definido que es un seguimiento surge la pregunta ¿por qué es importante realizar un seguimiento?, ya que como se mencionó, este puede ser lento y quizás aparentemente sería una mejor opción omitirlo. Es

¹ Para fines del presente trabajo serán utilizados indistintamente los términos seguimiento, monitoreo y cuidado posterior al tratamiento.

por esto que en los siguientes párrafos se intentará de contestar esa pregunta.

Objetivos y Beneficios de realizar un Seguimiento.

En México, existen escasos informes sobre el curso del postratamiento en pacientes que ingieren alcohol, donde los datos hasta ahora disponibles han sido obtenidos de bebedores problema. En contraste, los estudios longitudinales en otros países se reportan con mayor frecuencia. En México algunos programas se han centrado únicamente en la parte del tratamiento, es decir, en la evaluación de proceso o concurrente, haciendo un lado el seguimiento, esto en parte debido a la poca importancia que los investigadores han dado al proceso de evaluación, a la efectividad de los programas, a los limitados recursos para promover estudios de seguimiento y al desconocimiento de metodologías de investigación en el área de evaluación, sin embargo, es importante recordar que el seguimiento es un *lazo esencial para la eficacia del tratamiento* y esta parte de la evaluación merece recibir mayor atención por parte de los evaluadores para optimizar el mantenimiento y/o mejora de los logros alcanzados al finalizar el tratamiento (McCrady et al., 1998, Miller, 1989, Solís, Tapia, Gallardo & Gamipiochi, 1998).

A pesar del esfuerzo adicional que implica hacer un seguimiento sistemático, éste puede traer beneficios tanto para el usuario como al personal de salud involucrado (Miller, 1989).

Se pueden encontrar razones poderosas por las cuales realizar un seguimiento, de las cuales se hablará detenidamente a continuación.

Retroalimentación: El seguimiento va de la mano junto con el tratamiento

ya que al momento de hacer un seguimiento se obtienen nuevos datos que sirven para comparar los resultados obtenidos durante el tratamiento y ver si realmente nuestro modelo está funcionando o si habría que hacerle algunas modificaciones; es decir, el seguimiento brinda una retroalimentación confiable de nuestro tratamiento y sin esta retroalimentación sería difícil observar que usuarios mejoraron y quienes no cambiaron por el tratamiento. De esta forma, el tratamiento puede ser mejorado para que pueda ser más efectivo a otros usuarios y ayuda al mismo terapeuta a mejorar sus habilidades y ser más efectivo en el tratamiento de las adicciones.(Miller, 1989).

Impacto directo sobre los usuarios: Los usuarios también pueden recibir beneficios de la realización de seguimientos, ya que ellos aprecian las visitas de seguimiento por considerarlas como una preocupación y cuidado hacia ellos (McLellan, McKay, Forman, Cacciola & Kemp, 2005, Miller, 1989).

En este sentido, L. Sobell y M. Sobell (1981) mencionan que para algunos investigadores el seguimiento es visto como un procedimiento de recolección y obtención de datos, sin embargo el seguimiento también constituye una forma de “cuidado continuo” para algunos sujetos. En el estudio que estos dos autores llevaron a cabo en seguimientos de dos años, se intentó observar el valor clínico de frecuentes y continuos seguimientos. Al final de dos años de monitoreo se les preguntó que era lo que les gustaba de los seguimientos mensuales que se les había hecho durante esos dos años y si les gustaría que los seguimientos continuaran realizándose. El 73.1% de la muestra veía el seguimiento como una forma de continuo cuidado, interés y ayuda, una forma de tener con quién hablar, conocer a alguien que este interesado en ellos o simplemente como un recordatorio de su pasado o presente funcionamiento. Con relación a la segunda pregunta realizada, el

80.60% (n=54) expresó su deseo de tener contactos de seguimiento continuos. Estos autores concluyen que a lo largo de los seguimientos, éstos podían tener una función dual: recolectar mensualmente información mientras proporcionan continuo cuidado a los usuarios. Asimismo los frecuentes contactos con los sujetos funcionan como cuidado continuo que tiene beneficios y consecuencias deseables que pueden ayudar a consolidar las ganancias hechas en el tratamiento, reducir la probabilidad de recaídas y obtener reportes con mayor validez debido al elevado rapport que existe entre el entrevistador y el sujeto.

Por su parte, Horn y Chueh (2004) mencionan que el cuidado posterior podría ayudar al usuario en su rehabilitación y el valor potencial del seguimiento ha sido confirmado por muchos estudios. El seguimiento provee un canal de comunicación a los pacientes para expresar sus expectativas hacia el tratamiento y puede hacer que mejore la relación entre el usuario y el terapeuta. Estos autores realizaron un estudio en el cual trataron de demostrar los beneficios de seguimientos telefónicos regulares y probar que esto podría reducir el consumo de alcohol, la proporción de readmisiones, la severidad, y la promoción de períodos más grandes de abstinencia y mejor ajuste a la vida. Utilizaron personas diagnosticadas como alcohólicas y el seguimiento fue realizado una vez terminado el tratamiento. Se formó un grupo control (n=39) y un grupo experimental (n=38) y en este último grupo hubo contacto telefónico durante tres meses posteriores al tratamiento. Los contactos telefónicos fueron realizados durante la primera, tercera, novena y treceava semana para medir las variables ya indicadas y se les dio soporte social, ajuste psicológico, información médica y guías de importancia de la salud durante las llamadas telefónicas. El grupo control no recibió contactos telefónicos. Después de los tres meses los terapeutas llamaron a los sujetos y los

invitaron a regresar al hospital para llenar un cuestionario. Los resultados arrojaron que en el grupo experimental la proporción de abstinencia, fue más alta que en el grupo control, mientras que la cantidad de readmisiones, consumo de alcohol y la severidad de la adicción y ajuste social fue más baja en el grupo experimental, por lo que concluyen que el seguimiento ayuda a bajar los niveles de readmisión y prevención de recaídas, lo que demuestra la importancia del cuidado posterior .

Según Peterson, Swindle, Phibbs, Recine y Moos (citados por Horn & Chueh, 2004), personas adictas quien mínimo han recibido dos seguimientos por mes han tenido una proporción más baja de readmisión en tratamientos de consulta interna.

Gilbert (citado por Horn & Chueh, 2004) menciona que los usuarios que tienen seguimientos regulares en los primeros seis meses después de haber sido dados de alta tienen mejores resultados en cuanto a abstinencia. De esta manera, mantener el contacto con los usuarios es muy importante.

Por su parte Catanzaro y Green (1970), mencionan que el hecho de que el terapeuta y no el paciente sea el que inicie una llamada telefónica al sujeto, puede ayudar a indicar al usuario que el terapeuta está activamente interesado en su bienestar.

Los estudios reportan que un contacto telefónico expresando interés tiene efectos positivos sobre la motivación del usuario para regresar y mantenerse sobrio la mayor parte del tiempo. La mayoría de los usuarios dicen que el teléfono los mantiene vigilantes de posibles problemas de bebida y ellos definen las llamadas como un buen tratamiento (Fitzgerald & Mulford, citados por Horn & Chueh, 2004).

Evitar recaídas: La observación de recaídas es una forma de evaluar el curso del postratamiento (Solís, Tapia, Gallardo & Gamipiochi, 1998).

Si el seguimiento se hace a intervalos de tiempo, donde el usuario este propenso a sufrir una recaída, la entrevista con el usuario puede servir para fortalecer la adherencia al tratamiento y planear sesiones adicionales con el fin de prevenir y evitar las recaídas.

En un estudio llevado a cabo por Solís y Cordero en 1999, se concluyó que el seguimiento es un proceso indispensable para evaluar los servicios de atención de adicciones ya que pueden ayudar a predecir las recaídas.

Por su parte L. Sobell y M. Sobell (1981) y Horn y Chueh (2004) coinciden en que a través del seguimiento se puede ayudar a reducir y prevenir el nivel de recaídas, y es importante hacer un seguimiento a los seis meses después de que el usuario es dado de alta, ya que este punto es un intervalo importante dentro de las recaídas.

Obtención de datos confiables: Otro beneficio que se obtiene al realizar un seguimiento, es que se logran resultados a través de datos reales que nos reporta el sujeto, es decir, sin un seguimiento el investigador únicamente podría inferir o formular hipótesis acerca de la eficacia del tratamiento, en cambio a través del seguimiento podemos fundamentar nuestro trabajo, ya que favorece la evaluación de la eficacia en la aplicación del tratamiento de forma objetiva y se puede observar la valía de los programas en marcha y estimar la utilidad de los intentos por mejorarlo. Sin nuevos conocimientos del tratamiento, los terapeutas pueden seguir aplicándolo sin conocer realmente su efectividad (Miller, 1989, Rossi & Freeman, 1989).

Compartir nuevos conocimientos entre programas de tratamientos semejantes: a través del seguimiento, se puede hacer un intercambio de información con otras investigaciones, y programas, así como comparaciones entre intervenciones con el fin de diseñar mejores propuestas de tratamiento (Miller, 1989, Stufflebeam & Shinkfield, 1995).

Evaluación del programa: Entre otros beneficios que se obtienen de la realización de un seguimiento son la contribución al conocimiento teórico y metodológico de los tratamientos en adicciones, el grado de repercusión del programa, en que medida se alcanzaron los objetivos previstos, su efectividad y eficiencia por comparación con las metas que se propuso al inicio con el fin de contribuir a la toma de decisiones posteriores, mejorar sus prácticas y procedimientos, determinar las razones de cada uno de los éxitos y fracasos, añadir o desechar estrategias y técnicas específicas del programa, establecer tratamientos semejantes en otros lugares y aceptar o rechazar un enfoque o teoría para el programa (Stufflebeam & Shinkfield, 1995, Weiss, 1990).

Una vez que se han visto las ventajas de llevar a cabo un seguimiento, serán mencionadas las características principales de estos.

Características de un Seguimiento estructurado.

Miller (1989) propone que el seguimiento debe ser realizado cara a cara con el usuario ya que ya que como se mencionó anteriormente, en algunos programas se envían cuestionarios vía correo al usuario, sin embargo, este tipo de formato presenta grandes desventajas ya que es impersonal, y si el usuario tiene duda y/o quiere proponer nuevas ideas o comentarios o brindar información adicional no hay quién le responda a estas cuestiones,

además de que los porcentajes de devolución de estos cuestionarios puede llegar a ser muy baja y la exactitud de la información es cuestionada. En contraste, una entrevista en persona permite la individualización de las preguntas y la intervención.

Este mismo autor sugiere que la entrevista telefónica ofrece una opción intermedia ya que brinda ventajas a aquellos que se les dificulta o no quieren regresar a una entrevista; sin embargo otros autores como Catanzaro y Green (1970) proponen un tipo de Psicoterapia vía telefónica y un seguimiento a través del mismo medio con personas con dependencia al alcohol, ya que según estos autores puede haber diversos beneficios de hacer seguimientos a través de este medio entre los cuales se encontraría la ventaja de que si los usuarios viven a una gran distancia del centro, tienen dificultades para trasladarse o trabajan en un horario de tiempo completo, esta podría ser una buena opción . Estos autores mencionan que una simple llamada telefónica expresando interés en el usuario, incrementa significativamente la motivación de los alcohólicos para retornar a futuras visitas.

Por su parte, Horng y Chueh (2004), Solís y Cordero (1999), Solís et al. (1998) y Weisner, Matzger y Kaskutas (2003) han documentado diversos estudios de seguimiento, los cuales han sido realizados vía telefónica.

Otra característica que debe tener un seguimiento son los intervalos de tiempo para realizarlo, ya que de acuerdo con Miller (1989), la mayoría de las recaídas se da entre los primeros seis o doce meses después de terminar el tratamiento, por lo tanto el éxito de la intervención dependerá del momento en el que el monitoreo se lleve a cabo. Para prevenir estas recaídas es conveniente tener varios seguimientos regulares durante los

períodos de riesgo pico, por ejemplo a los 3, 6, y 12 meses después de finalizadas las sesiones. En esta misma línea, Echeburúa y Amor (2003), resaltan que un programa que desee reducir riesgos en los usuarios debe realizar seguimientos a las tres semanas, tres, seis y doce meses.

Por otro lado, para retroalimentar al terapeuta acerca de los resultados y efectos obtenidos del tratamiento, es necesario hacer un seguimiento a los doce meses. Si estos intervalos son reducidos, los resultados pueden llegar a ser confusos.

Otra característica de los seguimientos es decidir quien será la persona encargada de realizar la entrevista de seguimiento ya que existen ventajas y desventajas de que la entrevista sea realizada por el terapeuta involucrado con el tratamiento del usuario. Por un lado se encontraría la ventaja de que el terapeuta tiene familiaridad y simpatía con el usuario, además de conocer muy de cerca el caso, lo que puede provocar a favor del seguimiento que el usuario no este renuente a participar y debido al conocimiento del caso, el terapeuta pueda actuar y tomar decisiones acerca de sesiones adicionales y prevenir recaídas. En relación a las ventajas que otorga al terapeuta realizar él mismo el seguimiento, algunas de ellas pueden ser una retroalimentación directa sobre su forma de conducir el tratamiento, que técnicas utilizar y con quién trabajar. Con respecto a las desventajas que representa que el terapeuta sea el encargado del seguimiento, se puede mencionar que el usuario puede mostrarse más abierto con un entrevistador independiente, ya que en ocasiones el usuario puede omitir información en relación a recaídas o el fracaso en sus metas con respecto al alcohol por vergüenza o pensamientos acerca de que el terapeuta esperará un informe positivo. Los terapeutas de igual forma, pueden tener dificultad para conducir evaluaciones objetivas de seguimiento ya que entra en juego su propio

trabajo como terapeuta, por lo cual es recomendable que el terapeuta encargado del caso este en contacto con el usuario sólo dentro de los primeros seguimientos, mientras que los últimos contactos con los usuarios debe llevarlos a cabo otro terapeuta ya que es en estos en donde se requiere una mayor objetividad en la evaluación de los resultados (Miller, 1989).

Otra característica importante de los seguimientos, es que este componente de la evaluación debe ser integrado al programa como una parte del servicio desde que comienza la planificación del tratamiento o programa (Caddy, 1980).

Por otro lado, es importante que desde un principio del tratamiento se le aclare al usuario que posterior a las sesiones, se llevarán a cabo algunas visitas de seguimiento y que los sujetos lo puedan ver como parte fundamental del tratamiento. De igual forma, se debe contar con una guía estructurada de entrevista de seguimiento y los usuarios deben estar enterados desde un principio quién será el encargado de realizar el monitoreo (el terapeuta o un entrevistador externo) y tener muy claros los propósitos por los cuales este se llevará a cabo, así como los intervalos de tiempo (frecuencia) y la duración de las entrevistas, el tipo de preguntas que se realizarán y para que será usada la información que ellos proporcionen. Es importante que el personal y los usuarios deben vean el seguimiento como parte fundamental del tratamiento (Caddy, 1980, Miller, 1989).

Asimismo, los intervalos de tiempo entre cada seguimiento deben ser iguales para todos los sujetos y éstos deben ser frecuentes y periódicos (Caddy,1980).

Es importante señalar que el estilo de la entrevista durante el seguimiento

influirá directamente en la cantidad y exactitud de la información que brindará el usuario, de lo cual se deriva la importancia de que el entrevistador sea empático e imparcial ante la información que brinde el usuario. La crítica y desaprobación podrían provocar en el sujeto renuencia a hablar y brindar información poco confiable (Miller, 1989).

La entrevista debe ser preferentemente estructurada, a modo de poder cuantificar los datos y tener una serie de preguntas estándar para todos los usuarios.

En la entrevista de seguimiento, es importante señalar que los sujetos que decidan no participar en el seguimiento deberán seguir teniendo acceso a futuros tratamientos.

Si durante el seguimiento el sujeto demuestra signos de recaída no se debe presionar al usuario para que regrese al tratamiento y forzar de esta forma una intervención cuando el sujeto no la desea (Twitchell et al., 1992).

Una vez aclarados estos puntos, es importante mencionar que es lo que se debe medir en un seguimiento.

Medición en el seguimiento.

Una de las preguntas y problemas que surgen en este punto, es que medir en un seguimiento, ya que como Sandahl, Lindberg y Bergman (1985) refieren, la evaluación que hacen en algunos estudios es demasiado simple ya que solo se basan en una medida dicotómica: permanece sobrio o no durante la realización del seguimiento, o en otros casos la medición se encuentra centrada únicamente en la conducta de beber (Bobes et al.,

2003), además un seguimiento tiene que ser *sistemático* y contener una serie de puntos que es importante conocer para un mejor panorama y una mayor confiabilidad de los datos que se están obteniendo. Una evaluación integral involucra evaluar diversos puntos y no puede ser pensada con una sola pregunta. De esta forma Miller propone evaluar varias dimensiones que son importantes para obtener resultados más confiables. Entre estas dimensiones a evaluar en un seguimiento se encuentran:

- **Consumo de alcohol:** en este punto es inapropiado preguntar simplemente que cantidad de alcohol es la que se consume, sino que la información debe ser cuantificable y confiable; para esto es recomendable reconstruir un período específico de tiempo con el fin de observar el consumo diario y el número de copas por ocasión.
- **Necesidad o urgencia de beber:** se puede preguntar acerca de la frecuencia de las urgencias y ocasiones en las que éstas ocurren.
- **Síntomas y consecuencias por consumo de alcohol:** se puede obtener a través de listas de chequeo en las que se pregunta al usuario la presencia de síntomas u consecuencias específicas
- **Síndrome de Dependencia al Alcohol:** en este punto es importante evaluar la severidad de la dependencia al alcohol y síntomas de consumo patológico como náuseas, vómitos, amnesia, problemas familiares, etc.
- **Estado neuropsicológico:** como se mencionó en el capítulo anterior, existe una relación entre el daño cerebral y el estado neuropsicológico con el uso del alcohol.
- **Estado de salud actual:** el abuso del alcohol también influye en otros órganos del cuerpo humano y en el seguimiento se puede valorar la salud física del sujeto.
- **Estado laboral, problemas legales, estado marital y problemas**

familiares.

McCrary et al. (1998) nos dicen que los puntos a evaluar durante un seguimiento es el patrón de bebida, la autoeficacia, afrontamiento, factores que favorecen, mantienen o inhiben el consumo.

Por su parte, Sandahl et al. (1985) construyeron un instrumento que mide la severidad del consumo de alcohol y los problemas relacionados dentro del estudio de seguimiento, de esta forma, estos autores proponen medir a través de dicho instrumento la cantidad de alcohol consumida, patrón de consumo, complicaciones relacionadas al alcohol, tiempo sobrio y síntomas de dependencia al alcohol.

Nilssen (2004) agrega a estas variables los niveles de reducción de GGT (Gamma Glutamyl Transferasa) durante el seguimiento con el fin de vigilar el éxito del tratamiento y el nivel de recaídas ya que los niveles de GGT se incrementan ante la ingesta del alcohol. Otros autores (Granville-Chapman, Yu & White, 2001, Pitkänen, Lyyra & Pulkkinen, 2005) han concordado con evaluar el patrón de consumo y han agregado a esto la conducta socioemocional.

Por último es importante hacer mención que independientemente de que instrumentos utilice el clínico para evaluar el pos-tratamiento, éste debe aplicar durante el seguimiento los mismos instrumentos usados en la evaluación inicial para poder comparar y observar en que se ha progresado y en que áreas se deben introducir nuevas estrategias (Bobes et al., 2003).

El “éxito” del tratamiento

Los criterios para determinar el éxito del tratamiento son muy variados, ya que éste va a depender del enfoque que quiera darse, por ejemplo, para los usuarios, la meta del programa puede ser el reducir las molestias que el consumo del alcohol les ocasiona (molestias por parte de la pareja, padres, etc.), cumplir requisitos legales, aliviar la depresión, reducir el patrón de consumo u obtener un mejor funcionamiento.

Las metas del terapeuta pueden estar enfocadas en la abstinencia, mejorar sus habilidades como terapeuta, bajar los niveles de consumo de alcohol, etc.

Por su parte, los administradores de los programas pueden preocuparse más por mostrar al programa con una imagen favorable y ampliar su aplicación y financiamiento.

Las instituciones de salud y la comunidad pueden ver el éxito de un programa en la reducción del número de accidentes y delitos relacionados al consumo de alcohol.

De esta forma, se observa que es difícil juzgar el éxito de un tratamiento, sin embargo, de manera general, podemos decir que los resultados deben ser evaluados en relación con las expectativas y objetivos del programa, lo cual lleva implícito un cambio en el patrón de consumo del usuario.

Por último, será necesario describir los diversos seguimientos que se aplican dentro del programa Autocambio Dirigido, los cuales están basados en lo planteado por los diversos autores expuestos en párrafos anteriores.

Seguimiento en el Modelo Autocambio Dirigido.

De acuerdo con el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para bebedores problema, Echeverría, et al. (2004) nos dicen que en este programa se contemplan cuatro intervalos de seguimientos, los cuales se realizan al mes, a los tres, seis y doce meses después de concluir las sesiones de tratamiento. Los primeros dos seguimientos son realizados por el terapeuta encargado del tratamiento, mientras que los seguimientos de seis y doce meses son hechos por un entrevistador externo debido a la necesidad de obtener información objetiva en estos dos últimos períodos.

El objetivo principal del seguimiento en este modelo es evaluar el mantenimiento del cambio en el usuario, así como obtener indicadores que demuestren la eficacia de este programa, retroalimentar al terapeuta sobre el trabajo que está realizando y reforzar el proceso de tratamiento.

Durante el seguimiento se busca información relativa al patrón de consumo de alcohol del usuario (cantidad, frecuencia e intensidad), así como los planes de acción utilizados para enfrentar las situaciones de riesgo, la autoeficacia, presencia o ausencia de recaídas e información de síntomas y consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol. Esta información es recolectada a través de entrevistas estructuradas y diversos instrumentos, dependiendo del intervalo de tiempo del seguimiento.

Las entrevistas de seguimiento deben ser realizadas preferentemente de manera personal, y en caso de que esta opción sea difícil de llevar a cabo, se recurrirá al contacto telefónico con el usuario. Asimismo, antes de comenzar la entrevista se debe revisar el expediente del usuario con el fin de recordar la información u obtener un conocimiento general del caso (esto dependerá del intervalo del seguimiento que se este llevando a cabo).

La entrevista debe ser realizada en forma totalmente imparcial y ser empático con el usuario, asegurándole a éste que los datos obtenidos serán totalmente confidenciales.

Durante el seguimiento realizado al mes y a los tres meses el terapeuta debe revisar el autorregistro del participante y las estrategias utilizadas durante ese lapso de tiempo para enfrentar situaciones de riesgo y analizar recaídas que se hayan podido presentar durante ese tiempo y resolver las dudas que pueda tener el usuario. A partir del seguimiento de los tres meses, el terapeuta comenzará a aplicar la Línea Base Retrospectiva (LIBARE) en la cual se registra el consumo diario de alcohol en los últimos tres meses. Ambos seguimientos tienen una duración aproximada de 30 minutos.

En el seguimiento de los seis meses, además de revisar las dimensiones ya mencionadas se aplica la Entrevista de Seguimiento del Usuario y la LIBARE.

En el seguimiento final, que es el de los doce meses, se agregan los siguientes instrumentos: el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) y el Termómetro de medida del estado emocional actual, así como el Termómetro del consumo problemático de alcohol o drogas (los cuales serán explicados en el siguiente capítulo). Este seguimiento tiene una duración que va de 40 a 60 minutos aproximadamente.

Si durante alguno de los períodos de seguimiento, el terapeuta detecta alguna recaída, se debe analizar la situación junto con el usuario y determinar la estrategia a seguir en la misma sesión del seguimiento o en el caso de que el usuario haya regresado a sus niveles de consumo anteriores se podría platicar la necesidad de regresar al tratamiento dándole la libertad

para que él decida si quiere o no hacerlo.

Es importante extenderle al usuario una invitación abierta para que pueda regresar cuando él quiera.

Por último merece una consideración especial hablar del problema al que se enfrentan la mayor parte de los evaluadores que deciden realizar un seguimiento: la dificultad para encontrar a los usuarios que participaron en el tratamiento.

El problema de los sujetos perdidos.

A lo largo de la literatura se ha hecho mención del enorme desafío, tiempo, esfuerzos y costos que implica la realización de un seguimiento, sin embargo, se ha hecho hincapié en lo esencial que resulta esta parte de la evaluación (Gilbert & Maxwell, 1987, Hansten, Downey, Rosengren & Donovan, 2000, Twitchell, Hertzog, Klein & Schuckit, 1992).

Twitchell et al., 1992 resaltan que hay muchas ventajas de llevar a cabo un estudio longitudinal, sin embargo es un proceso difícil que puede llegar a convertirse en una compleja y frustrante tarea. De acuerdo con estos autores, algunas revisiones de los resultados de seguimientos en el área de la salud mental y el uso de sustancias han mostrado que más del 25% de los sujetos de la muestra original no son localizados durante la evaluación del seguimiento.

Por su parte Maisto y Cooper (1980) mencionan que en diversos estudios, una larga proporción de sujetos no son localizados en el seguimiento.

Entre los factores que pueden contribuir a perder sujetos en el seguimiento

se encuentra la duración del tiempo del período del seguimiento, ya que mientras más largo sea el tiempo transcurrido más grande será la probabilidad de perder a un sujeto.

Es por este problema que diversos autores han realizado diversas propuestas con el fin de retener la mayor cantidad de sujetos posibles y poder contactarlos durante la fase de seguimiento.

De esta forma, Sobell (citado en Gilbert & Maxwell, 1987) sugiere una serie de pasos para minimizar la pérdida de sujetos durante el período de seguimiento, los cuales son los siguientes:

1. Permitir suficiente tiempo y persistencia para localizar tantos sujetos como sea posible
2. Preparar a los sujetos al inicio del tratamiento de que habrá una serie de seguimientos y solicitar su cooperación otorgándoles toda la información posible acerca de los procedimientos y objetivos del seguimiento.
3. Tener dirección y teléfono de personas cercanas al usuario (colateral).
4. Mantener contacto continuo en diversos intervalos con el usuario.

Twitchell et al., 1992 proponen una serie de puntos para mantener el contacto con los sujetos en donde el primero de ellos sería planear el seguimiento antes del inicio del tratamiento para que al momento de iniciar el tratamiento, se pueda contar con un sistema organizado de registros y datos de los sujetos a evaluar.

También es importante, que los sujetos sean informados desde el inicio del tratamiento que una serie de seguimientos están planeados y que su futura

cooperación será esencial para el éxito del trabajo. Después del registro de la información personal del sujeto, el investigador debe obtener el consentimiento escrito del paciente para usar toda la información apropiada disponible para localizarlo.

Con el fin de maximizar la cooperación dentro de un seguimiento es necesario desarrollar una cercana relación con cada sujeto desde la evaluación inicial con el fin de crear un fuerte lazo y facilitar el seguimiento. Según los autores antes mencionados, las personas que recuerdan su experiencia inicial en el estudio como agradable serán más cooperadores en futuras evaluaciones y ellos reportan que la sensación de ser parte de algo interesante e importante es la razón para su cooperación.

En el momento del seguimiento es importante reconocer y mostrar aprecio por la contribución esencial que el sujeto está haciendo para el estudio. Por otra parte, el tiempo y el lugar de la evaluación del seguimiento deberá ser a la conveniencia del sujeto.

A pesar de que estos primeros pasos incrementan el nivel de éxito del mantenimiento del contacto con el paciente, algunas personas serán difíciles de localizar, por lo tanto será necesario hacer esfuerzos adicionales como los que a continuación se mencionan:

- Empezar a localizar a la persona utilizando las fuentes más obvias: por ejemplo cuando la muestra fue originalmente escogida en un hospital en el cual las personas se encontraban internadas, el registro del hospital podría ser un importante lugar para comenzar. Si un estudio inició en un colegio se podría comenzar a buscar a través de los registros de alumnos.

- Voltear hacia los familiares y amigos: una investigación deberá contener el registro de los nombres de por lo menos dos individuos que el sujeto conozca y que probablemente sepan de su paradero al momento del seguimiento.
- Utilizar directorios telefónicos para intentar conocer la nueva dirección y/o teléfono del usuario.
- Una vez que el sujeto ha sido localizado, es importante mantener el contacto con el sujeto cada seis meses.

En contraste con Twitchell y cols., Gilbert y Maxwell (1987) mencionan que a pesar de todos los esfuerzos y precauciones que puedan tomarse para prevenir la dificultad de localizar sujetos en la realización del seguimiento, siempre habrá sujetos perdidos durante esta fase.

Por otro lado, aunque algunos sujetos logren ser localizados, ellos pueden dudar en participar. En este caso es importante intentar conocer el motivo de su negativa, ya que algunas personas pueden requerir mayores explicaciones sobre la confidencialidad de la información que otras personas. Otros sujetos pueden negarse a participar si ellos sienten que no fueron apreciados en el pasado. En este caso atender sus demandas o preocupaciones podría aumentar la probabilidad de cooperación. Otra razón por la que podrían negarse a participar es por que atraviesan por problemas personales en el momento del seguimiento como por ejemplo alguna enfermedad, problemas familiares, maritales o de trabajo, por lo cual, durante otro momento de su vida no habría ningún problema en participar (Twitchell et al.,1992).

Por otra parte, en relación al porcentaje de la muestra total que es necesaria para que sea representativa dentro de la investigación, Hansten et al.,

(2000) articulan que el mayor porcentaje de la muestra inicial debería ser retenido en el seguimiento. Algunos han argumentado que con el 70% de la muestra es suficiente (Polich, Armor & Braiker, citado en Hansten et al., 1980), sin embargo, Hansten et al., 2000, a través de un estudio de seguimiento realizado a personas adictas a alguna sustancia, concluyó que para que una muestra en un seguimiento sea válida se necesita un porcentaje de entre 65-85% de la muestra total, lo cual coincide con lo descrito por La Porte y cols. (citado por este mismo autor).

Por último y como conclusión de este capítulo, es importante señalar que el seguimiento es la última fase dentro de la evaluación y si bien implica una difícil tarea, es también una parte esencial dentro del tratamiento donde el seguimiento puede ser visto como una forma de cuidado continuo para el usuario y como la cuantificación de nuestros resultados, así como observar la eficacia del programa que se está llevando a cabo, aprender y crecer para mejorar nuestro tratamiento y no trabajar en el vacío.

METODO.

Objetivo: Evaluar el mantenimiento del cambio en el usuario posterior a la intervención, así como obtener indicadores que demuestren la eficacia de este Programa.

Pregunta de investigación:

¿Se observarán cambios en el patrón de consumo de alcohol y consecuencias relacionadas después de la Aplicación del Modelo *Auto Cambio Dirigido para Bebedores problema* ?

Hipótesis Trabajo.

“Existirá una disminución en el patrón de consumo de alcohol de los sujetos después de participar en el Programa Autocambio Dirigido”.

“Existirá una reducción en las consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol después de participar en el Programa Autocambio Dirigido”.

Definición de variables.

Variable Independiente: Programa Autocambio Dirigido para Bebedores Problema

Definición Conceptual.

Intervención breve dirigida a bebedores problema que busca eliminar el consumo excesivo de alcohol.

Definición operacional.

Programa que consta de una admisión, una evaluación y cuatro sesiones de tratamiento individuales, dirigido a personas con consumo de alcohol en forma excesiva, que no han desarrollado dependencia severa al alcohol y beben en forma esporádica pero en las ocasiones en las cuales hay consumo, éste es explosivo. Los objetivos del programa consisten en que el usuario disminuya su patrón de consumo de alcohol, identifique situaciones de riesgo que lo llevan a consumir altas cantidades de alcohol, elabore planes de acción ante estas situaciones y aumente la confianza a resistirse a beber ante ellas con el fin de prevenir recaídas.

Variables dependientes: patrón de consumo de alcohol, nivel de autoeficacia en relación a las situaciones de riesgo de consumo, satisfacción con su calidad de vida y consecuencias relacionados al consumo de alcohol (legales, daño físico, daño afectivo, daño, cognitivo, daño interpersonal y problemas financieros).

Patrón de consumo de alcohol.

Definición conceptual.

Se refiere a la relación entre la cantidad de copas por ocasión y a la frecuencia de consumo.

Definición operacional.

Se obtiene a través de la línea base retrospectiva (LIBARE) en la cual los sujetos deben escribir en un calendario el número de copas consumidas por día en forma retrospectiva, es decir de un año a la fecha. De esta forma es posible obtener:

- Días de consumo: es el resultado de contar las casillas con valores mayores a cero.

- Días de abstinencia: es el resultado de contar las casillas con valores iguales a cero
- Número total de tragos estándar consumidos en un año: se obtiene a través de la suma de todos los valores de las casillas.
- Promedio de consumo por ocasión: se divide el total de tragos al año entre los días de consumo.
- Porcentaje días de abstinencia: se divide el total de días de abstinencia entre 365×100 .
- Porcentaje de días de consumo: se obtiene de la división del total de días de consumo entre 365×100 .
- Porcentaje de días de consumo moderado: se divide el total de casillas con valores entre 1 y 4 entre 365×100 .
- Porcentaje de días de consumo excesivo: se divide el total de casillas con valores entre 5 y 9 entre 365×100 .
- Porcentaje de días de consumo muy excesivo: Se divide el total de casillas con valores de 10 o mayores entre 365×100
- Número total de copas por día de la semana (Lunes, martes, miércoles, jueves, viernes): se suman los valores mayores a cero de todas la casilla del año del día en el cual se quiere obtener el total de copas, por ejemplo si se desea obtener el número de copas del sábado, se cuentan las casillas correspondientes a los sábados de los doce meses y se suman los valores para obtener el número total de copas.

Autoeficacia:

Definición conceptual.

Se refiere a las creencias de la persona en su propia habilidad para ejecutar con éxito una respuesta adecuada en una situación determinada, es la confianza en sus propios recursos para hacer frente al problema (McCrahy

et al. , 1998).

En el caso específico de este modelo, podemos entender la autoeficacia como las habilidades que cree tener el usuario para resistirse a consumir bebidas alcohólicas ante situaciones particulares.

Definición operacional.

Es la evaluación del usuario ante ocho situaciones de riesgo de que tan seguro se siente de poder controlar su consumo de alcohol donde cero es totalmente inseguro y 100% es totalmente seguro. De esta forma se puede observar en cada una de estas situaciones su nivel de confianza para controlar su consumo.

Satisfacción con estilo de vida.

Definición conceptual.

Se refiere a que tanto agrado siente el usuario con la calidad de vida que lleva en el momento del seguimiento.

Definición operacional.

Es el resultado de la comparación del pretratamiento con el postratamiento con respecto a la pregunta “Actualmente, ¿qué tan satisfecho se encuentra con su calidad de vida?” ante lo cual se le presentan las siguientes opciones:

1. muy satisfecho
2. Satisfecho
3. Inseguro
4. Insatisfecho
5. Muy insatisfecho

Cabe señalar que esta pregunta se encuentra dentro de la Entrevista Inicial y la Entrevista de Seguimiento.

Problemas relacionados con el consumo de alcohol.

Definición conceptual.

Indica las consecuencias experimentadas debido al consumo de alcohol en diversas áreas de la vida del sujeto.

Definición operacional.

El resultado es obtenido de la comparación de las respuestas dadas a la manifestación de consecuencias provocadas por la ingesta de bebidas alcohólicas. Estas consecuencias pueden ser daño físico, cognitivo, afectivo, interpersonal, agresión y problemas financieros., ante los que 0 es ninguno, 1 significa consecuencias menores y 2 quiere decir consecuencias serias ocasionadas por el alcohol.

Diseño: es un diseño pre-experimental; pre-post con un solo grupo, en el cual se aplica una prueba, evaluación o medición previa al estímulo o tratamiento y finalmente se aplica una prueba posterior al tratamiento. En este diseño se cuenta con un punto de referencia inicial para ver que nivel tenía el grupo en las variables dependientes antes del estímulo, es decir, hay un seguimiento del grupo (Hernández, Fernández & Baptista, 1991).

Muestra y sujetos.

Es un muestreo no probabilístico el cual, estuvo compuesto inicialmente por 43 usuarios que recibieron el Tratamiento de “Auto Cambio Dirigido” en el Centro Acasulco y que completaron las cuatro sesiones de Tratamiento.

De los 43 participantes, 14 fueron excluidos del seguimiento debido a reingresó al Programa, cambio de domicilio o número telefónico, rechazo a participar en el seguimiento o dificultad para ser localizarlos (Ver Tabla 1), por lo cual la muestra final quedó conformada por 29 sujetos mayores de 18 años.

Razones por las que el seguimiento no fue llevado a cabo y número de sujetos que entran en cada categoría	
Motivo	Número de sujetos
Cambio de domicilio y/o número telefónico	4
Dificultad para ser localizados	3
Reingreso al Programa	1
El usuario no asistió a las citas programadas para la realización del seguimiento	3
Negativa a participar en el Seguimiento	3

Tabla 1.

Escenario.

La aplicación de las sesiones de Tratamiento y el seguimiento de un año se llevaron a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos “Acasulco” de la Facultad de Psicología de la UNAM, en la Ciudad de México; en el caso de los sujetos que no pudieron acudir al Centro, la entrevista se realizó en el domicilio del participante.

Instrumentos.

Para la realización del seguimiento se utilizaron los siguientes instrumentos:

- **Entrevista de Seguimiento:** este instrumento fue creado en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, el cual consta de 26 reactivos, los cuales se dividen en datos sociodemográficos, , patrón de consumo de alcohol, consecuencias relacionadas con el consumo en diversas áreas (daño físico, cognitivo, afectivo, interpersonal, agresión y problemas financieros) y preguntas en relación al Programa (Ver Anexo1).

- **Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS):** Fue elaborado por Annis y Graham y su versión en español fue realizada por L. Echeverría, P. Oviedo y H. Ayala. Este cuestionario sirve para medir la autoeficacia del usuario, es decir, su percepción sobre su habilidad para afrontar adecuadamente situaciones de riesgo para ingerir alcohol. Este instrumento se aplica en su forma breve, en donde el usuario responde a ocho reactivos, en las cuales el usuario tiene que marcar que tan seguro se siente de poder controlar su consumo de alcohol ante las ocho situaciones donde 0% es que se siente totalmente inseguro y 100% es totalmente seguro. Estas ocho situaciones se dividen en situaciones personales y situaciones de grupo las cuales son: Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, autocontrol, necesidad física, conflictos interpersonales, presión social y momentos agradables con otros (Ver anexo 2).

- **Línea Base Retrospectiva de consumo de alcohol (LIBARE):** fue desarrollada por L. Sobell y M. Sobell y adaptada al español por Echeverría, Oviedo y Ayala Velásquez.

Este instrumento sirve para medir el patrón de consumo de bebidas alcohólicas, en el cual se le proporciona un calendario a las personas con el fin de que puedan estimar retrospectivamente su consumo de alcohol. Mediante este método es posible obtener registros precisos del consumo de

bebidas alcohólicas antes y después del tratamiento. En este instrumento se trata de que el usuario estime retrospectivamente los días en que hubo consumo de alcohol y el número de copas que fueron ingeridas en cada ocasión durante un período específico de tiempo (en este caso fue de un año). En el calendario se anotan los días en que hubo consumo y el número de copas y en los días en los cuales no hubo infesta de alcohol se marcan con un cero. Se requiere alrededor de 10 a 20 minutos para ser contestado y el entrevistador debe ayudar al usuario para recordar los días que hubo consumo en los 12 meses anteriores apoyándolo con días claves como fechas festivas como fiestas, cumpleaños, eventos sociales, vacaciones, etc. que faciliten el recuerdo, otro apoyo puede ser la identificación de períodos de abstinencia, consumo fuerte y moderado. Es importante recordarle al usuario la equivalencia de una copa estándar (Ver anexo 3).

- **Termómetro de Medida del estado emocional:** este instrumento fue elaborado en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco con el fin de ser aplicado durante la fase de seguimiento. En el termómetro se registra la percepción del sujeto de su estado emocional en el momento actual, donde tiene que marcar en que grado del termómetro se ubicaría en estos momentos dependiendo de cómo se siente en el que cero grados es pésimo, 10° es mal, 20° regular, 30° bien y 40° Muy bien (Ver anexo 4).

- **Termómetro del Consumo Problemático de Alcohol o Drogas:** Fue creado en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco, el cual es aplicado durante la fase de seguimiento. En este instrumento hay un termómetro en el cual el usuario debe marcar como percibe su consumo de alcohol en ese momento. Cero grados indica que el usuario lo percibe como un problema muy serio, 10° serio, 20° moderado, 30° mínimo y 40° sin problema (Ver anexo 5).

Para la realización de la Evaluación Inicial (es decir cuando el usuario se presentó por primera vez al Centro Acasulco para recibir tratamiento) se le aplicaron diversos instrumentos que fueron comparados con los puntajes de los del seguimiento:

- **Entrevista Inicial:** Esta entrevista incluye diferentes apartados que permiten información sobre diversos indicadores como datos de identificación, valores sociodemográficas, historia y patrón de consumo de alcohol (Frecuencia, cantidad e intensidad), contraindicaciones del consumo, consecuencias adversas al consumo, consumo de tabaco, salud física tratamientos previos y períodos de abstinencia.

- **Breve Escala de Dependencia al alcohol (BEDA):** fue desarrollada por D. Raistrick y traducido por L. Echeverría, P. Oviedo y H. Ayala y como su nombre lo indica, su objetivo es evaluar el nivel de dependencia al alcohol en población adulta. Este instrumento es ideal para bebedores problema y está libre de influencia sociocultural. Consta de 15 reactivos, los cuales se contestan en una escala de cuatro opciones: “nunca”, “algunas veces”, “Frecuentemente” es si ha estado en esa situación con frecuencia y “Casi siempre”. Los reactivos se califican de la siguiente manera:

Una respuesta de nunca equivale a cero

Una respuesta de “algunas veces” equivale a uno

Una respuesta de frecuentemente equivale a dos

Una respuesta de casi siempre equivale a 3

Estos puntajes se suman para obtener uno solo, el cual puede ir de 0 a 45 puntos. El puntaje obtenido del BEDA puede ser interpretado de la siguiente manera:

0-10 puntos: Dependencia baja
11-20 puntos: Dependencia media
21-45 puntos: Dependencia severa

- **LIBARE (Línea Base Retrospectiva)**

- **Cuestionario Breve de Confianza Situacional**

Procedimiento:

A los usuarios que llegaron por primera vez al Centro Acasulco se les hizo una valoración inicial y un terapeuta aplicó el Programa Autocambio Dirigido. Una vez completado, se tuvo contacto con el usuario al mes, tres y seis meses. Al cumplir un año de la finalización del Tratamiento, se efectuó el último seguimiento, para lo cual se realizó una llamada telefónica a cada usuario que participó en el Programa “Auto Cambio Dirigido” con el fin de programar una cita para realizar la entrevista de seguimiento y la aplicación de los instrumentos.

Una vez que el usuario acudió al centro para dicha sesión, se le explicó que se realizarían algunas preguntas con respecto a su consumo de alcohol, datos sociodemográficos, consecuencias relacionadas al consumo y algunas preguntas concernientes al Programa; esto con el fin de detectar como iba su consumo de alcohol, si tenía alguna dificultad para cumplir su meta, presencia o ausencia de recaídas o si tenía algún comentario o inquietud con respecto a su consumo o el programa o en su defecto si consideraba que necesitaba de alguna sesión adicional, lo cual era evaluado junto con el entrevistador. Una vez dicho esto y si no había alguna duda, se aplicaba la Entrevista de seguimiento, así como el Cuestionario Breve de Confianza Situacional, la Línea Base Retrospectiva (LIBARE), el termómetro del

consumo problemático de alcohol o drogas y el termómetro de medida de estado emocional. Una vez finalizado esto, se aclaraban dudas y se escuchan los comentarios y/o sugerencias del usuario y en el caso de ausencia de recaídas o si el usuario no requería de sesiones adicionales, se les daba las gracias por su asistencia y participación y se le invitaba a regresar al Centro si en algún momento pensaba en la necesidad de hacerlo. En el caso de detectar recaídas se consideraba junto con el usuario la pertinencia de regresar al Programa y si alguna persona deseaba alguna sesión adicional para reforzar alguna conducta se le canalizaba con algún terapeuta del centro para su atención.

Una vez obtenidos los datos de cada usuario, se procedió al análisis de los resultados donde se compararon los datos obtenidos durante la evaluación inicial con los del seguimiento.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del seguimiento de doce meses realizado a 29 usuarios que participaron en el Modelo Autocambio Dirigido para bebedores problema. En primer lugar, se presentarán las características generales de los usuarios de dicho Programa; posteriormente se mostrarán diversos datos obtenidos durante la evaluación inicial con relación al consumo de alcohol así como los resultados del seguimiento (patrón de consumo de alcohol, consecuencias relacionadas con el consumo, percepción de autoeficacia y medición del estado emocional) y por último se presentará la evaluación del tratamiento por parte de los participantes.

Entre las características principales de los sujetos que participaron en dicho programa se encontró que la edad promedio fue de 38 años con una desviación de 15.7 en donde hubo un rango de edad que iba de los 18 a los 68 años. El nivel de escolaridad fue de 14 años, lo cual equivale a un nivel de estudios de Licenciatura; por otro lado, se observó un mayor porcentaje de hombres que de mujeres (62 % vs. 38%) (Ver tabla 2).

EDAD	
Edad promedio	38.1 años
Rango	50 años
SEXO	
Hombres	62.1%
Mujeres	37.9%
NIVEL ESCOLAR	
Número promedio de años de estudio	13.9 años
Rango	13 años
ESTADO CIVIL	
Casado	27.6 %

Soltero	37.9 %
Separado	3.4 %
Divorciado	10.3 %
Unión libre	10.3 %
Viudo	10.3 %
CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE	
Esposo (a)	25.9 %
Padres	37 %
Solo	11.1 %
Esposo (a) e hijos	22.2 %
Otros	3.7 %
SITUACIÓN LABORAL	
Tiempo completo	27.6 %
Medio tiempo	13.8 %
Independiente	27.6 %
Trabajo temporal	6.9 %
Jubilado	3.4 %
Estudiante	17.2 %
Ama de casa	3.4 %
Sin empleo	0%
LUGAR DE RESIDENCIA	
Casa propia	84 %
Departamento o casa rentada	16 %
INGRESOS APROXIMADOS	
Menos de dos salarios mínimos	16%
De dos a menos de cuatro salarios	24%
De cuatro a menos de seis salarios	20%
De seis a menos de ocho salarios	12%
Más de diez salarios	28%

Tabla 2. Características generales de los participantes.

Entre otras características de los sujetos y su forma de consumo cabe destacar que al inicio del tratamiento, el 21% de la muestra presentaba algún problema de salud y el 31% tomaba medicamentos por prescripción medica; el 28% de los sujetos tenía actividades recreativas que se relacionaban con el uso del alcohol y en el 17.2% de los casos los

participantes recibían presión por parte de amigos para consumir alcohol, mientras que en el 3.2% de los casos era la familia quien podía presionar para ingerir alcohol. En relación a la situación laboral cabe mencionar que el 21.4% de la muestra (6 participantes) han dejado de laborar en alguna ocasión debido a la ingesta de bebidas alcohólicas. Por otra parte, ninguno de los participantes ha sido hospitalizado por uso de alcohol, sin embargo el 6.9% ha sido detenido una vez por consumir alcohol, el 3.4% ha sido detenido en dos ocasiones y otro 3.4% en cuatro ocasiones.

Por otra parte, se evaluó el nivel de dependencia al alcohol al inicio del tratamiento, el cual se determinó con base en el BEDA (Escala Breve de Dependencia al alcohol), en donde se observó un mayor porcentaje en el nivel de dependencia baja, seguido por un nivel de dependencia media y dependencia severa (en el cual se encontraban dos sujetos); estos resultados son ilustrados en la siguiente grafica:

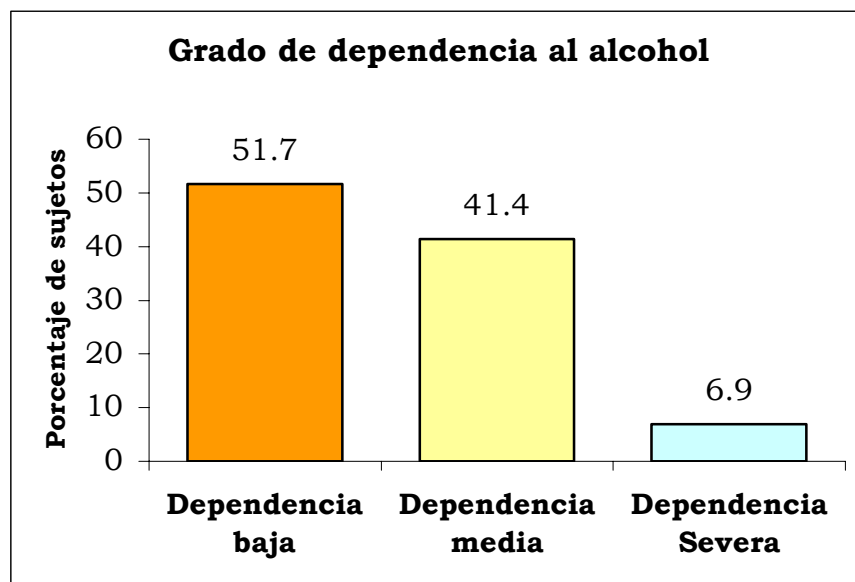


Fig. 1. Distribución del porcentaje de sujetos de acuerdo a su nivel de dependencia al Alcohol.

Durante la entrevista inicial fue evaluado el total de años de consumo de alcohol de cada sujeto en donde la media obtenida fue de 18.8 años con un mínimo de 1 y un máximo de 63 años; asimismo se indagó sobre el número de años que las personas consideraban que llevaban bebiendo excesivamente ante lo cual se obtuvo una media de 7.7 años con un mínimo de 0 y un máximo de 36 años; por último se evaluó la percepción de los usuarios con relación al número de años con consumo problemático de alcohol obteniendo una media de 5.5 años y un mínimo de 0 y un máximo de 36 años. Los resultados se aprecian en la Fig. 2.

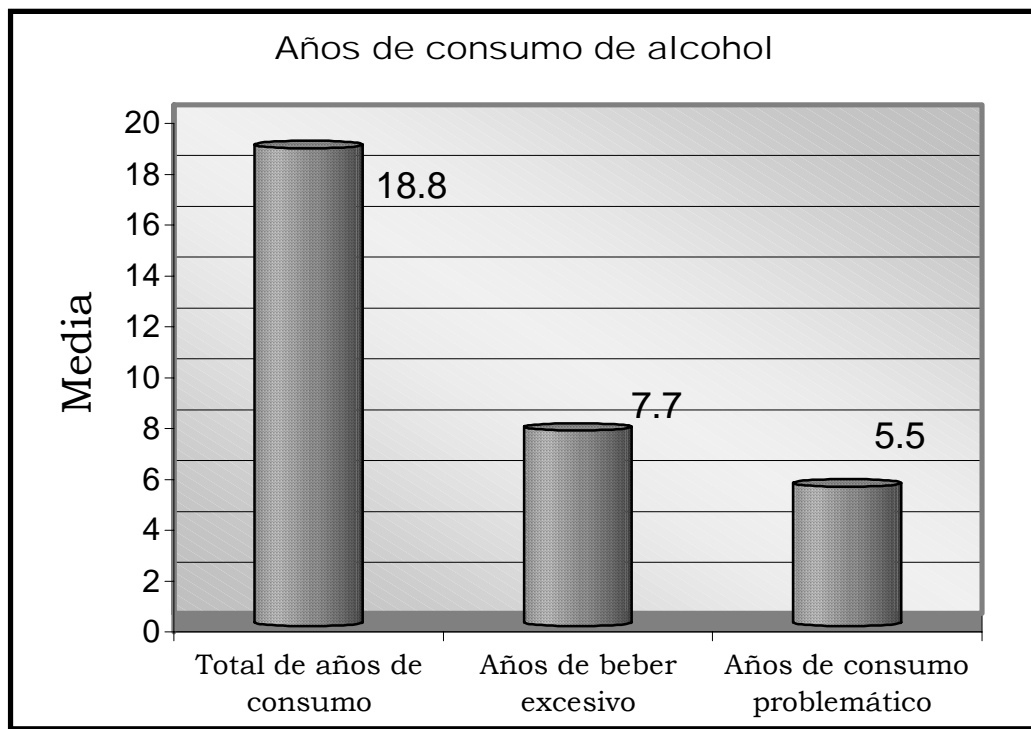


Fig. 2. Promedio de años de consumo de alcohol

Entre los motivos por los cuales las personas acudieron al Centro Acasulco a recibir tratamiento, se encontraron tres causas principales las cuales son mostradas en la Fig. 3 , donde se destaca que la principal fue el tratar de reducir y controlar su consumo de alcohol con el 93.1% del porcentaje.

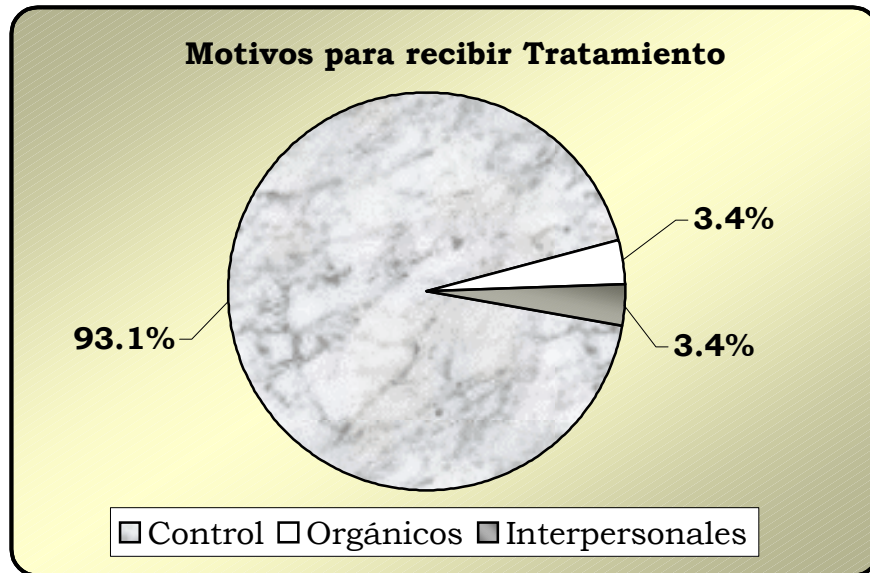


Fig. 3. Motivos por los cuales las personas ingresaron al Programa Autocambio Dirigido

En relación a la meta inicial de Tratamiento (en la cual cada participante eligió entre la moderación o abstinencia), el número de sujetos que prefirió como meta la reducción en el consumo de bebidas alcohólicas fue más elevado que el número de personas que optó por la abstinencia como meta de Tratamiento (Ver Figura 4).

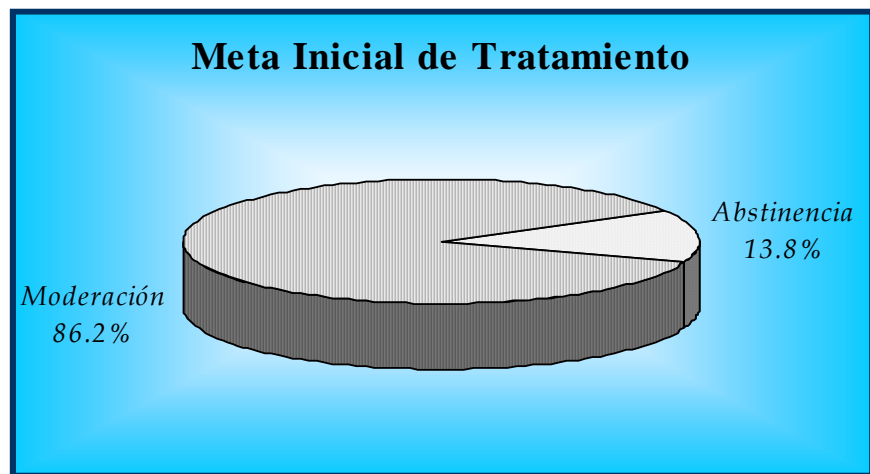


Fig. 4. Elección inicial de la meta de tratamiento por parte de los usuarios

Por otro lado, en la sesión de admisión se les preguntó a las personas si anteriormente habían estado en algún tratamiento para dejar de beber o controlar su consumo, en el cual el 40 % de los sujetos había participado en algún tipo de programa relacionado con su consumo de alcohol (Ver figura 5).

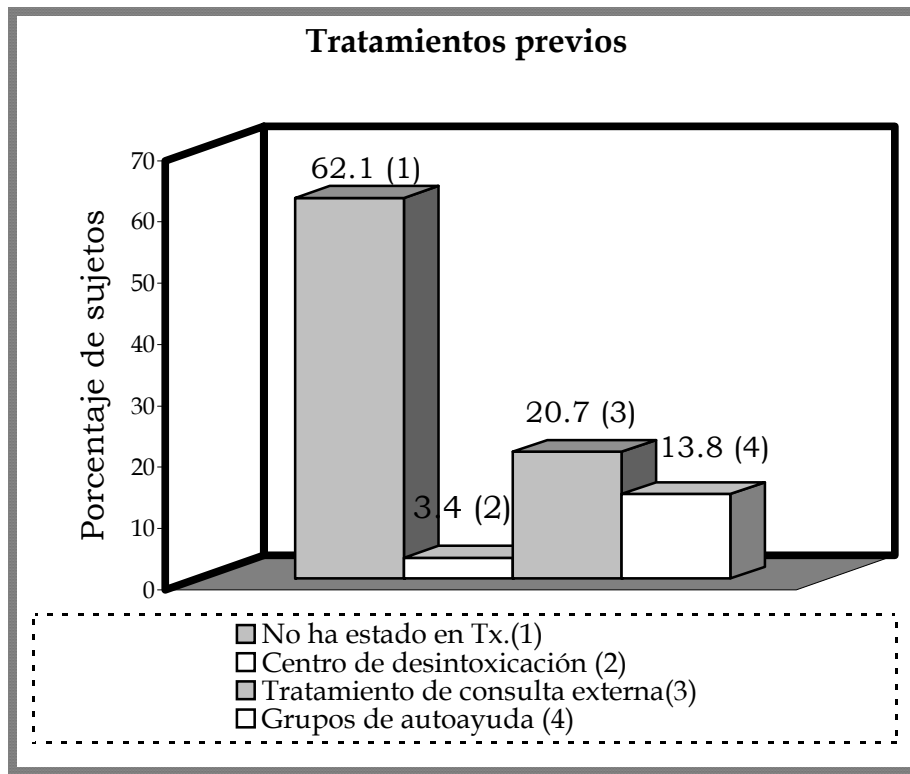


Fig. 5. Porcentaje de sujetos que habían estado en Tratamiento por consumo de alcohol antes de ingresar al Programa Autocambio Dirigido

En relación a las bebidas alcohólicas que los usuarios preferían al momento de ingerir alcohol, se encontró que la bebida más consumida en general (es decir englobando hombres y mujeres) fue la cerveza, seguida de los destilados, el vino y como última opción el pulque, el cual fue mencionado únicamente por una participante, lo cual puede deberse a que en áreas urbanas es poco frecuente el consumo de esta bebida (ENA, 2002) . Al dividir entre hombres y mujeres la bebida de preferencia, se observó que los

hombres siguen seleccionando la cerveza en primer término, mientras que las mujeres se inclinaron más por los destilados (tequila, ron, whisky, vodka) (Ver figura 6).

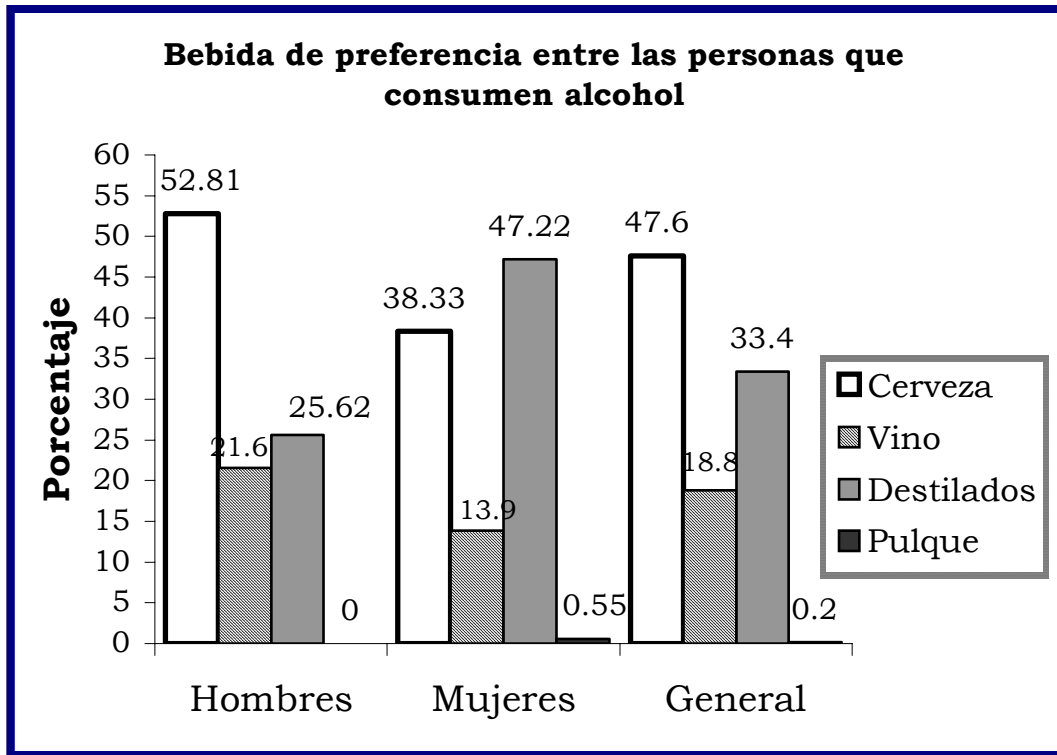


Figura 6. Bebida de preferencia por sexo y en muestra total.

Las gráficas y tablas presentadas anteriormente corresponden a los datos iniciales obtenidos, es decir a la fase del pretratamiento y son resultado de las preguntas e instrumentos realizados en la evaluación inicial. A continuación se mostrarán los datos arrojados durante el seguimiento en los cuales se encuentran diversos indicadores que determinaron los efectos del programa (patrón de consumo de alcohol, consecuencias relacionadas con el consumo, nivel de autoeficacia y satisfacción con el estilo de vida) y la satisfacción del usuario con el tratamiento y sus diversos componentes.

Es importante recordar que una de las metas del programa no es el que la

persona deje de beber sino que reduzca su nivel de consumo de alcohol, sin embargo, es conveniente mencionar que durante la fase de seguimiento, se encontró que un porcentaje de 14% había dejado de consumir alcohol (lo que equivale a 4 usuarios), mientras que el 86% continuaba bebiendo. En la figura 7 se ilustran estos datos sin mencionar aún como se da este patrón de consumo. Cabe resaltar que en comparación con los porcentajes presentados anteriormente en la figura 4, el porcentaje de sujetos que eligió como meta inicial de Tratamiento la abstinencia fue de 14% (4 personas), el cual es un porcentaje similar al de las personas que eran abstemias durante el seguimiento.

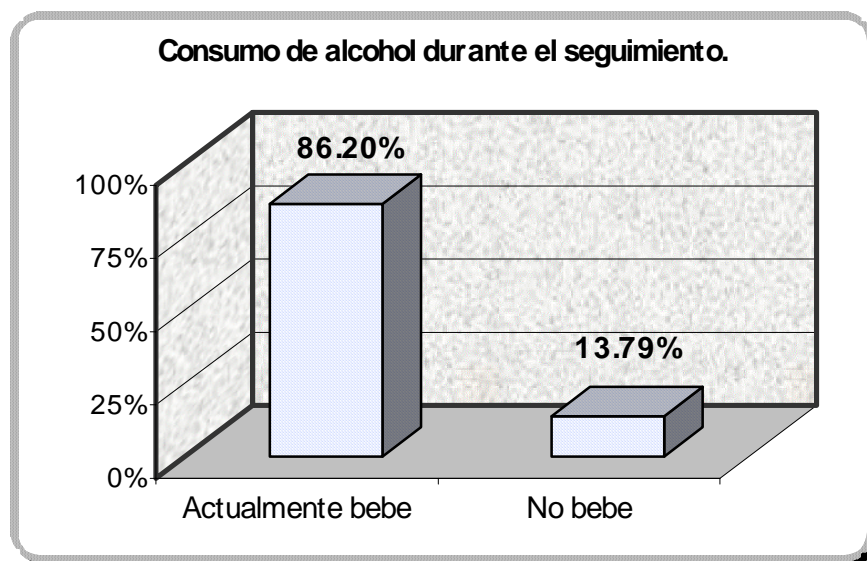


Fig. 7. Porcentaje de personas que dejaron de consumir alcohol durante la fase de seguimiento.

Siguiendo esta misma línea, se obtuvieron diversos indicadores en relación al consumo de alcohol comparándose los datos obtenidos durante la admisión y la evaluación inicial con los datos obtenidos durante el seguimiento realizado doce meses después de la finalización de la cuarta sesión del Programa Autocambio Dirigido con el fin de determinar si hubo

un cambio en el patrón de consumo de alcohol del pretratamiento al postratamiento. Estos indicadores serán desglosados a continuación.

En términos del porcentaje de días de abstinencia (días en los que los usuarios no presentaron ingesta de alcohol), se encontró que un año antes de iniciar el tratamiento, este porcentaje era de 80.6 % días, mientras que en el seguimiento este porcentaje se incrementó a 84.3% de los días del año. Al aplicar la prueba t de Student para muestras apareadas se encontró que las diferencias en el número de días de abstinencia son estadísticamente significativas ($t= -2.89$ y $\alpha= .004$). En cuanto a los días de consumo por año se encontró una disminución de éstos en el seguimiento, ya que el promedio inicial de días era de 19%, lo cual se redujo a 15 % encontrándose nuevamente diferencias significativas en el número de días de consumo por año ($t= 2.61$ y $\alpha= 0.007$) (Fig. 8).

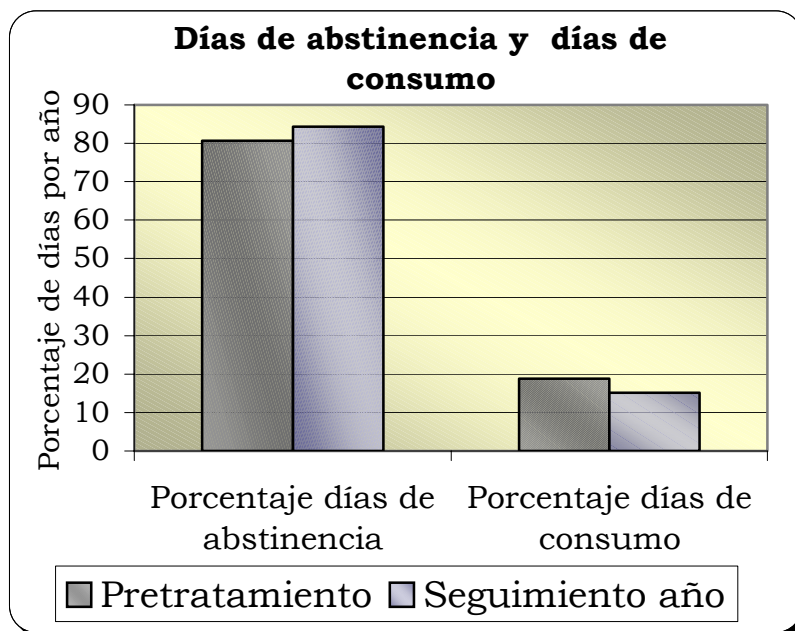


Fig. 8. Comparación del porcentaje de días de abstinencia y porcentaje de días en los que hubo consumo durante el pretratamiento y el seguimiento.

Otros indicadores del efecto del tratamiento sobre el patrón de consumo de alcohol fueron el número de copas que la persona ingirió por ocasión de consumo y el número total de copas ingeridas durante el año previo al tratamiento y el año posterior al tratamiento, lo cual queda representado en las Figuras 9 y 10 respectivamente, donde se observa que el promedio de copas por ocasión de consumo fue de 6.2, mientras que en el seguimiento, este número se redujo a 3.3 copas. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($t= 4.22, \alpha= .000$). En relación al número total de copas al año hubo una diferencia significativa de 407 copas al año a 156.2 durante le seguimiento ($T= 4.26, \alpha=.000$)

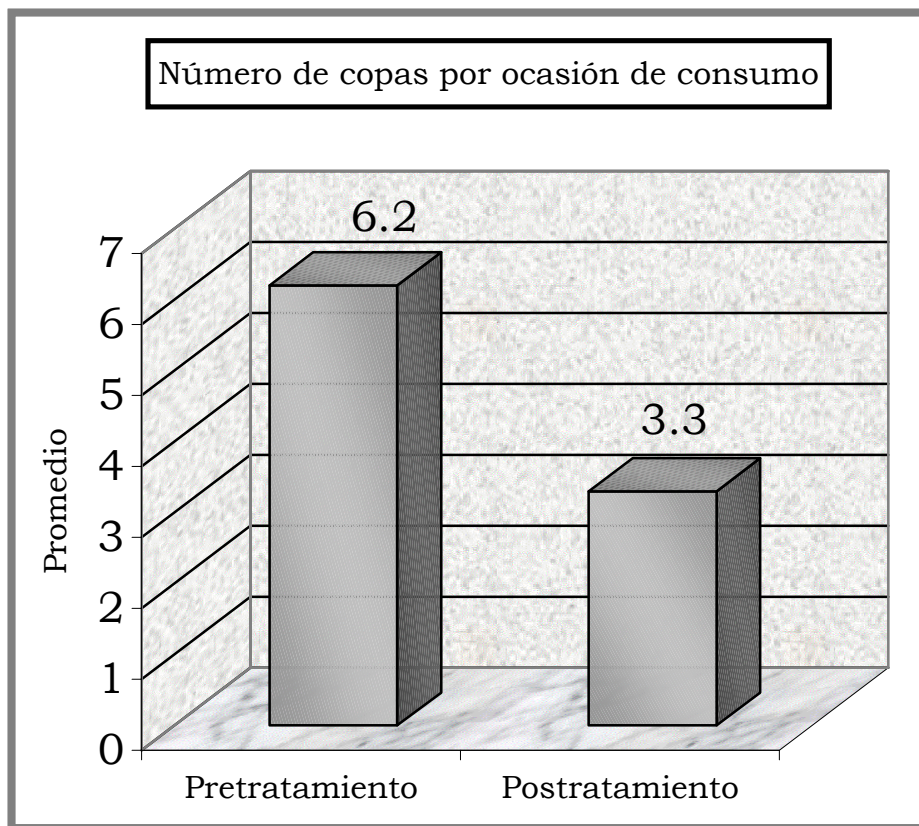


Fig. 9. Comparación pretratamiento y postratamiento del número de copas promedio por ocasión de consumo

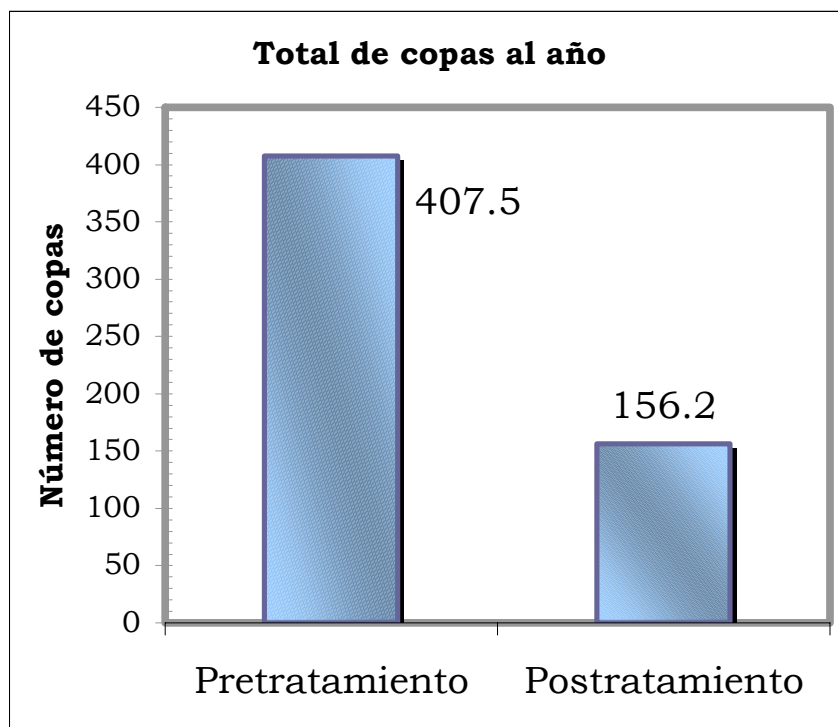


Fig. 10. Comparación entre el número total de copas al año consumidas durante el pretratamiento y el seguimiento

Otro indicador del efecto del tratamiento sobre la reducción del patrón de consumo de alcohol es el referente al número de días en los cuales hubo consumo moderado, excesivo y muy excesivo, es decir se presentó un consumo de 1 a 4 copas, de 5 a 9 copas y de 10 copas en adelante. Como se observa en la fig. 11, el porcentaje de días al año de consumo moderado aumentó de 10.49 a 12.35; en el caso del consumo excesivo (5-9 copas) el promedio de días al año pasó de 10 % a 2.5%, con lo que se observa una reducción significativa del número de días de consumo excesivo ($t= 1.87$ y $\alpha=0.036$) y por último, en el caso de días que hubo consumo muy excesivo (de 10 copas en adelante) se encontró que este nivel se redujo de 2.47 a 0.29, lo cual demostró también ser significativo ($t= 2.60$ $\alpha=0.008$).

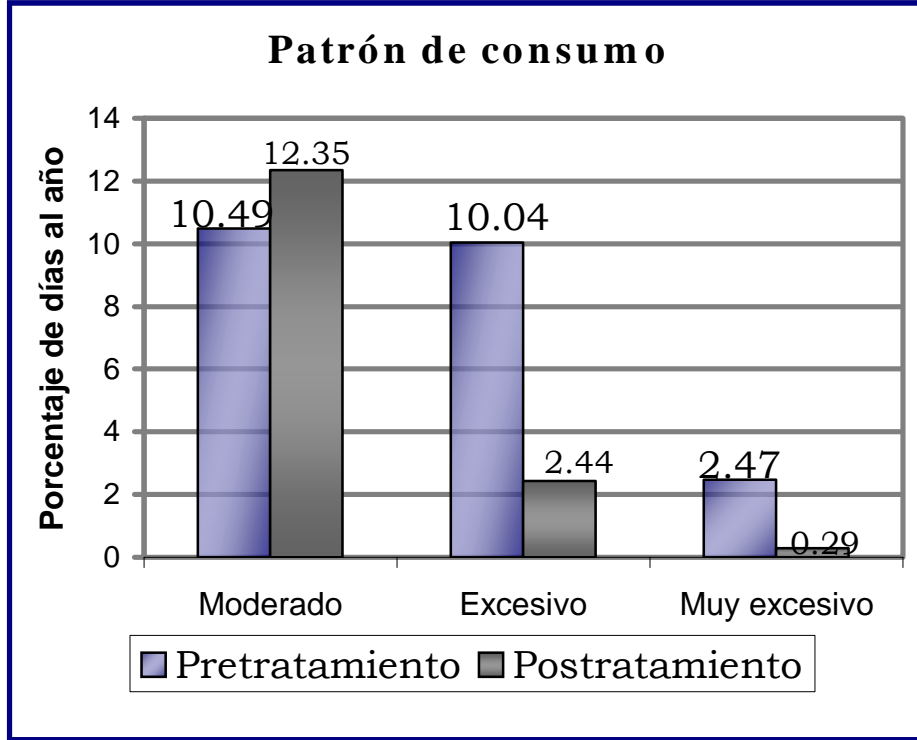


Fig. 11. Distribución del porcentaje de días en los cuales se presenta consumo moderado, excesivo y muy excesivo durante las dos fases del estudio.

El promedio del número total de copas por día de la semana es otro indicador que debe ser evaluado durante el seguimiento, en el cual se observó que hubo una reducción de copas por cada uno de estos días durante el seguimiento al año. Esta reducción fue estadísticamente significativa por cada día de la semana (Lunes: $t = 2.44$ $\alpha = 0.011$, Martes $t = 2.15$, $\alpha = 0.021$; Miércoles $t = 2.84$, $\alpha = 0.004$); Jueves $t = 2.23$, $\alpha = 0.018$; Viernes $t = 2.85$, $\alpha = 0.004$; Sábado $t = 2.25$, $\alpha = 0.017$ y Domingo $t = 2.24$, $\alpha = 0.017$). Dentro de la grafica 12 se puede observar que el bebedor problema presenta un mayor consumo de alcohol los viernes sábados y domingos, lo cual se reduce considerablemente los días restantes de la semana.

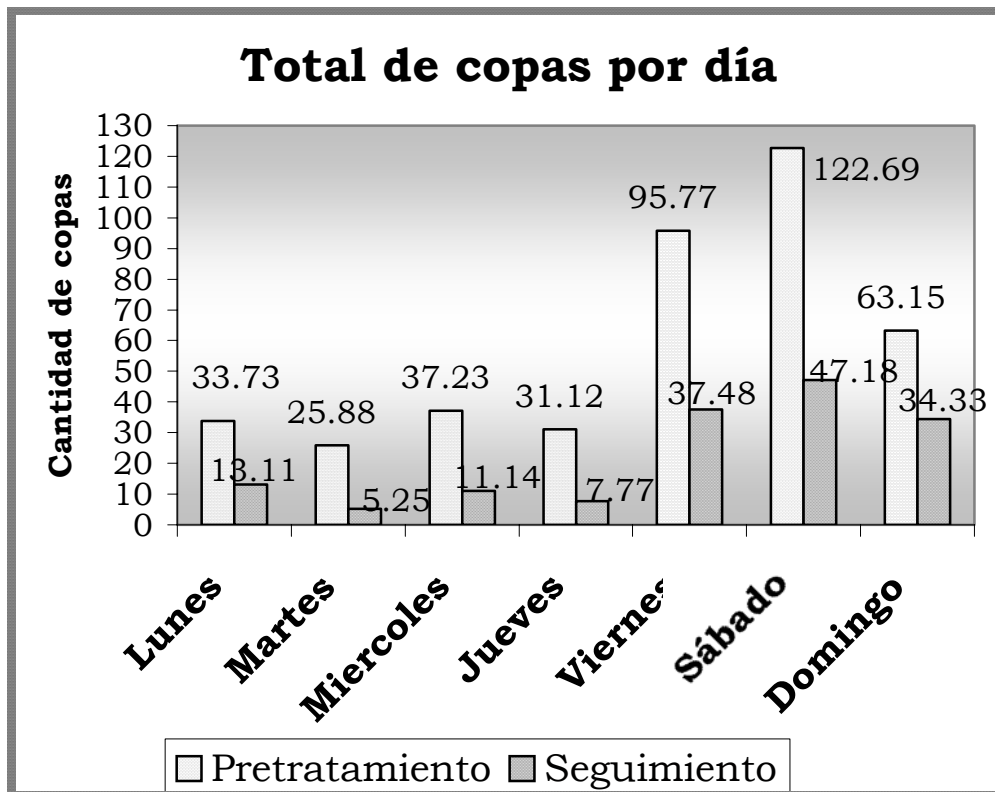


Fig. 12. Promedio de cantidad de copas por día de la semana.

Como ya fue mencionado anteriormente, otros indicadores que deben ser utilizados para evaluar los efectos del programa en el sujeto además del consumo de alcohol son: problemas relacionados con el consumo, satisfacción con su calidad de vida y nivel de autoeficacia, los cuales serán presentados a continuación.

Con respecto a las consecuencias relacionadas con el consumo de alcohol se observa una reducción en el porcentaje de sujetos que mencionaron tener problemas en alguna de las seis áreas presentadas (esto se ilustra en la Fig. 13), de las cuales tres demostraron ser significativas al aplicar la prueba de Wilconxon (daño cognitivo: $\alpha=0.019$, agresión: $\alpha=0.042$ y problemas financieros: $\alpha=0.016$).

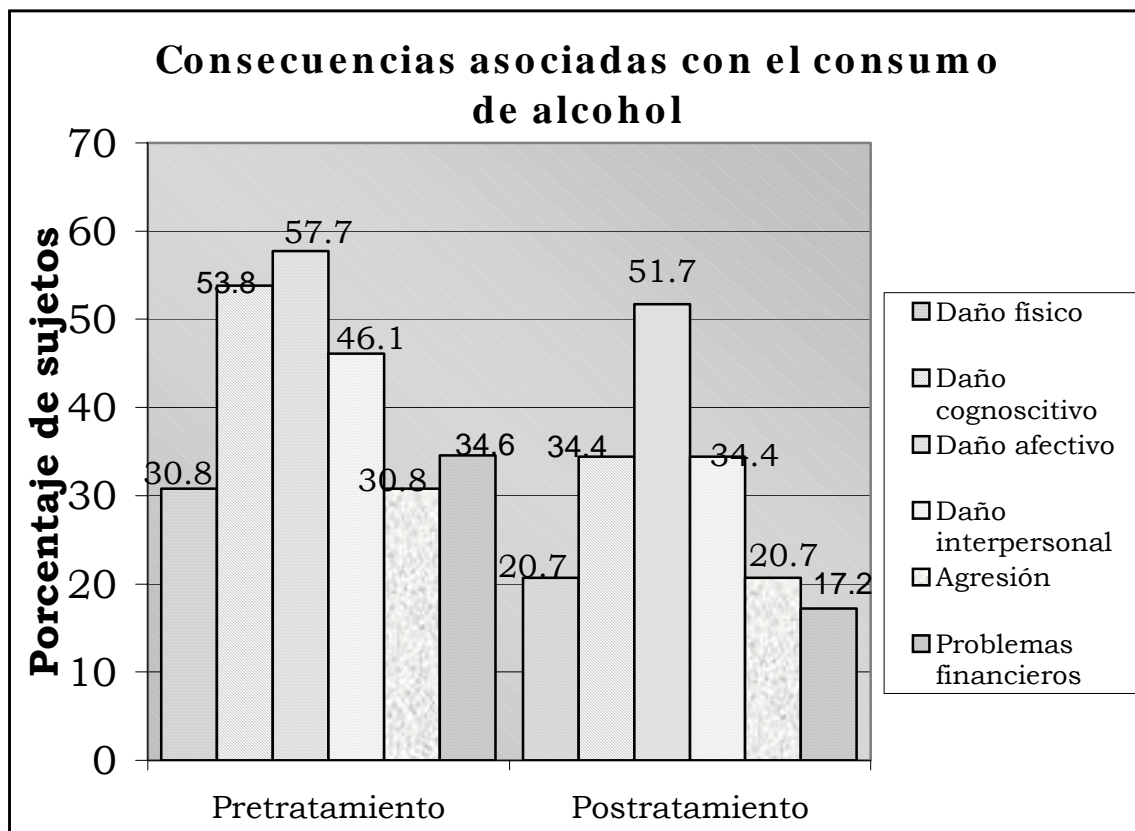


Fig. 13. Consecuencias relacionadas al consumo del alcohol antes y después del tratamiento.

Dentro del tratamiento, uno de los objetivos fue incrementar el nivel de confianza del usuario ante diversas situaciones donde generalmente el usuario consume de manera excesiva alcohol, por lo cual se evaluó el impacto de la intervención en la autoeficacia de los participantes y se aplicó de forma pre y post el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS). Esto se mide en la confianza que siente el usuario sobre su habilidad de poder controlar su consumo ante ocho situaciones de riesgo, las cuales se presentan en la figura 14. En las ocho áreas que mide este cuestionario se aprecia un incremento del nivel de confianza sobre su habilidad para controlar su consumo de alcohol; sin embargo, sólo en cinco áreas las

diferencias mostraron ser significativas (Emociones agradables $t= -3.56$ y $\alpha= 0.001$; Autocontrol $t= -1.99$ y $\alpha= 0.029$; Necesidad Física $t= -2.63$ y $\alpha= 0.007$; Presión social $t= -4.49$ y $\alpha= 0.000$ y Momentos agradables con otros $t=-4.63$ y $\alpha= 0.000$). En la figura 14 también puede apreciarse que en la situación en la cual los sujetos presentaban una menor confianza del control de su consumo era en emociones agradables, seguida de momentos agradables con otros y presión social.

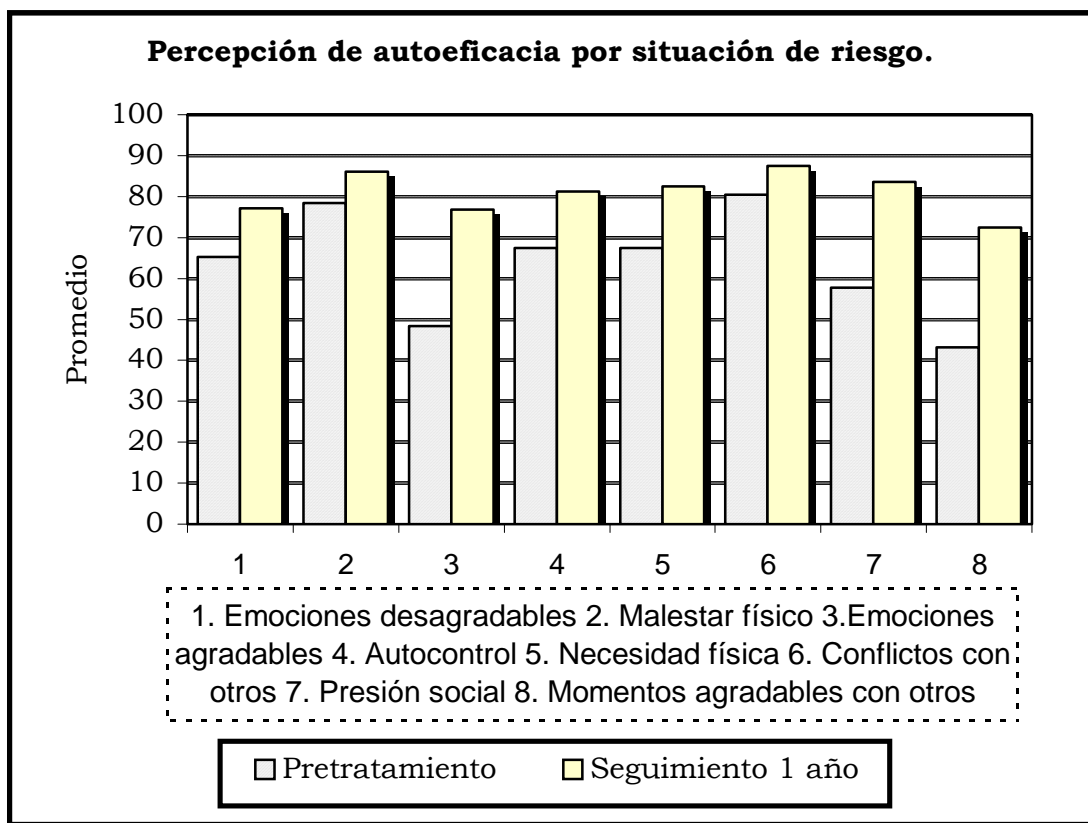


Fig. 14. Porcentaje de autoeficacia en las ocho situaciones de riesgo.

Otra variable observada fue la satisfacción del sujeto con su calidad de vida, estos resultados pueden apreciarse en la Figura 15 en la cual se observa un decremento durante el seguimiento en las opciones “Muy insatisfecho”, “Insatisfecho” e “Inseguro” y un aumento en la opción Satisfecho (de 38%

aumento a 55% el número de personas) y Muy Satisfecho (de 14 % en el pretratamiento, subió a 31% en el seguimiento). Al aplicar la prueba de Wilconxon, se observó que este aumento en el nivel de satisfacción con la calidad de vida del pretratamiento al postratamiento fue significativo $Z= -2.15$ y $\alpha= 0.015$.

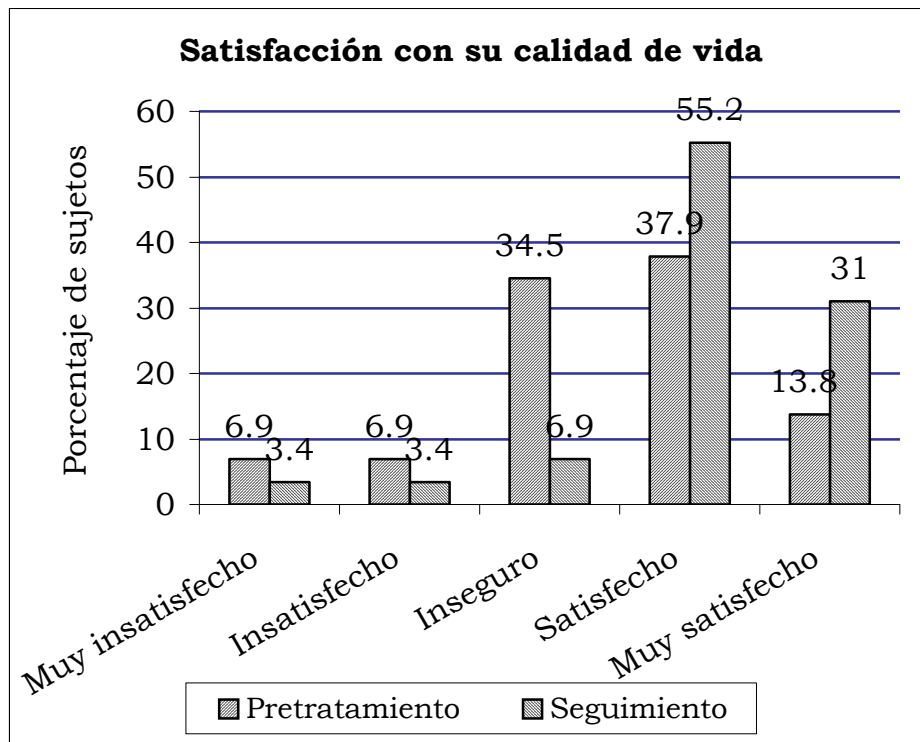


Fig. 15.

Con relación al Programa Autocambio Dirigido, hubo diversos reactivos en la entrevista de seguimiento relacionados directamente con el tratamiento y los diversos componentes de éste con el fin de determinar que tan satisfecho quedó el usuario con la Intervención. En la figura 16 se observa que ante la pregunta de cómo consideraría el tiempo que duró el Tratamiento, el 89% mencionó que éste tiempo fue suficiente y el 17.2% (5 personas) consideró que el tiempo de tratamiento fue escaso, es decir hubieran preferido un mayor número de sesiones.

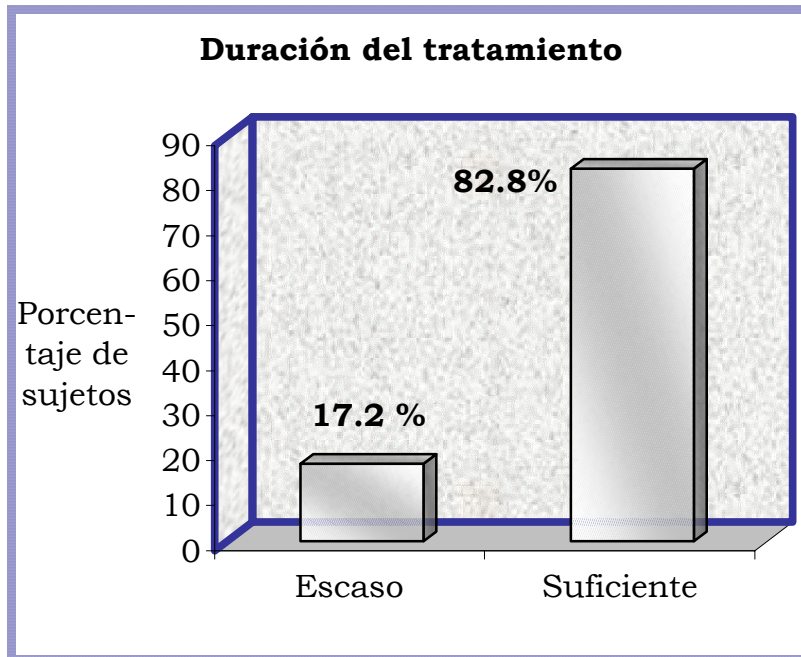


Fig. 16. Tiempo del tratamiento en relación al número de sesiones

Para evaluar la satisfacción de los usuarios con el tratamiento y su utilidad se les pidió a los usuarios que evaluaran cada uno de los componentes del Programa con base en una escala que iba de 1 No recuerdo hasta 5. Muy útil. En la tabla 3 se puede observar que la mayoría de los usuarios evaluó los diversos componentes del tratamiento como útiles o muy útiles, en el cual el automonitoreo aparece como el componente que más utilidad tuvo para los usuarios, seguido de las lecturas y tareas asignadas.

Componentes	No recuerdo	Nada útiles	Sin opinión	Útiles	Muy útiles
Entrevista inicial	3.4%	0%	3.4%	62.1%	31%
Lecturas y tareas asignadas	3.4	0	6.9	37.9	51.7
Auto-monitoreo del consumo de alcohol	3.4	0	0	34.5	62.1
Balance desicional	3.4	0	6.9	31	58.6

Factores de riesgo y planes de acción	0	0	3.4	51.7	44.8
Hacer las cosas por sí mismo	0	0	17.2	31	51.7
Auto-selección de meta de Tratamiento	0	3.4	6.9	37.9	51.7
Contactos con el terapeuta en seguimiento	6.9	3.4	17.2	41.4	31
4 Sesiones del Tratamiento	0	0	3.4	51.7	44.8

Tabla 3. Evaluación de utilidad por parte de los usuarios de los diversos componentes del Programa

Por otra parte, se evaluó la meta de tratamiento, la cual se permite que sea elegida por el usuario al inicio del tratamiento, es decir éste puede optar por la moderación o bien por la abstinencia. En relación a esta meta inicial, se le preguntó al usuario como consideraba actualmente (es decir, durante el seguimiento) su elección de meta. Los porcentajes se observan en la Fig. 17. Otra pregunta relacionada con la meta de Tratamiento fue “Si estuviera al inicio del Tratamiento, ¿preferiría elegir la meta por usted mismo, qué la seleccionara el terapeuta o le es indiferente?” ante lo cual el 82.8% preferiría elegir nuevamente su meta por él mismo (Ver Fig. 18).

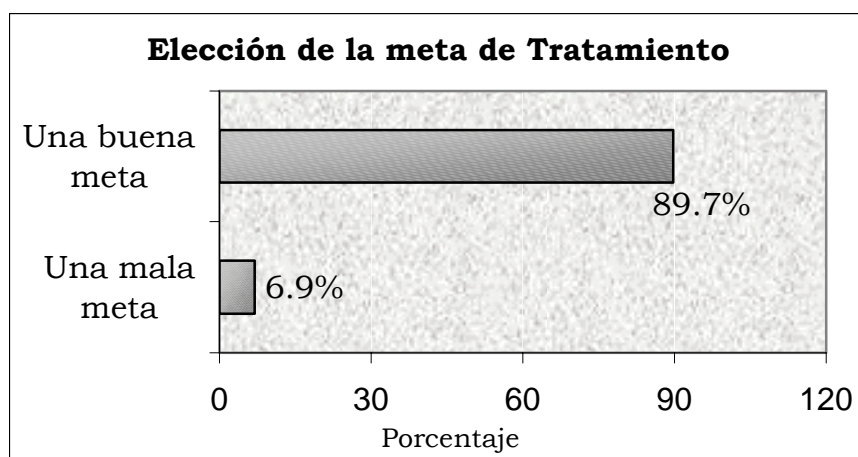


Fig. 17. Evaluación de la elección de meta

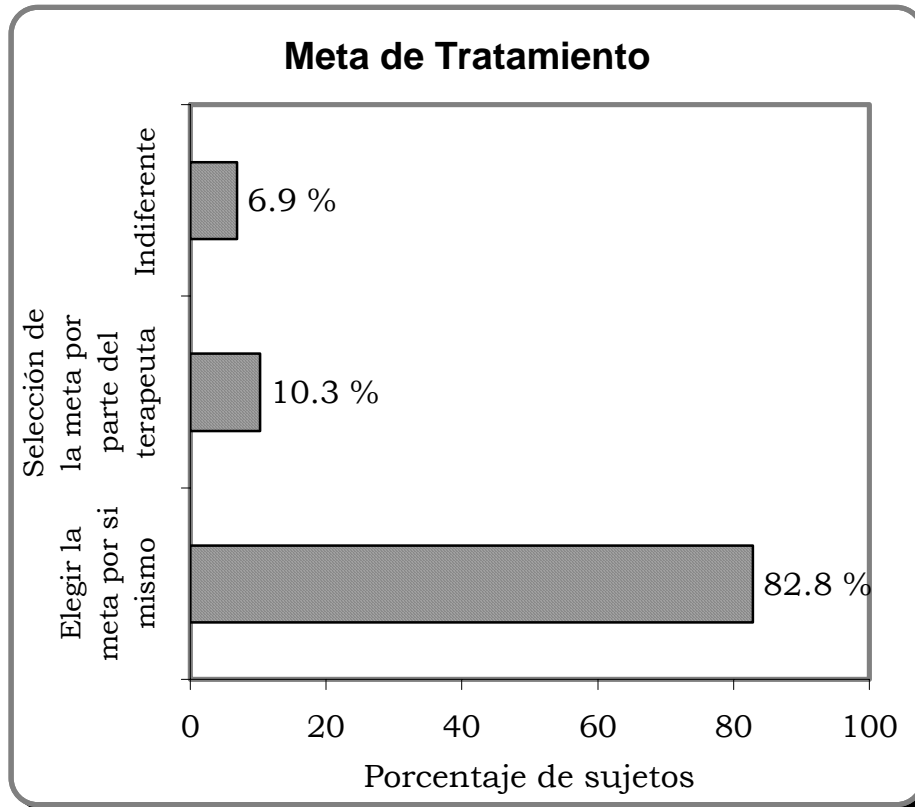


Fig. 18.

Otros preguntas que se realizaron durante el postratamiento fueron con respecto al seguimiento y su utilidad (Fig. 19) en donde el mayor porcentaje se ubicó en el 56 %, el cual consideró que estas sesiones ayudaron mucho, seguido del 17% que consideró que ayudaron considerablemente. Otra pregunta realizada en relación a los seguimientos fue si el participante recomendaría al terapeuta que siguiera manteniendo el contacto con sus usuarios después de terminar las cuatro sesiones del programa, ante lo que el 96.6% (28 sujetos) contestó que sí lo recomendarían (Fig. 20). Por otro lado, como se observó en la tabla 3, uno de los componentes a evaluar fue el contacto con el terapeuta durante el seguimiento, ante lo cual el 41.4 % considero los seguimientos como útiles y el 31% como muy útiles. Con esto se puede observar que el seguimiento además de retroalimentar al terapeuta, actúa como una forma de cuidado posterior para el usuario.

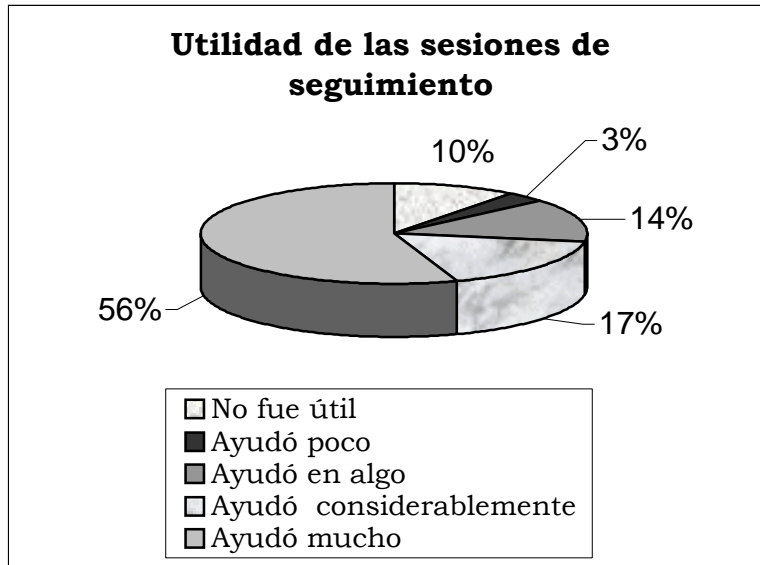
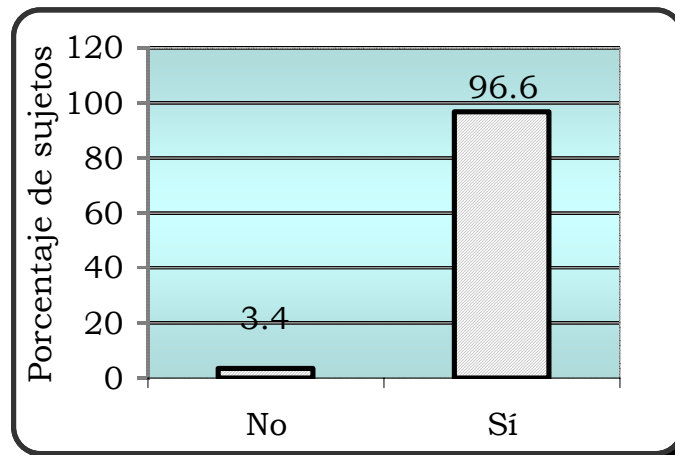


Fig. 19. Percepción de utilidad de las sesiones de seguimiento por parte de los usuarios del Programa.



La Fig. 20. muestra el porcentaje de personas que contestaron afirmativamente o negativamente ante la pregunta de si el usuario recomendaría al terapeuta mantener el contacto con sus usuarios después de terminar las sesiones del Programa.

Por último, se mostrarán los resultados del Termómetro de Consumo Problemático de alcohol o drogas y el Termómetro de la Medida de Estado

emocional (Figs. 21 y 22), donde se puede observar e el primero de los casos que el mayor porcentaje de personas consideran que su consumo de alcohol representa un problema mínimo (57.7 %), seguido de las personas que consideran ya no tener un problema con el alcohol (26.9 %) y en el segundo termómetro referente al estado emocional actual, el mayor porcentaje de personas refirió sentirse bien actualmente.

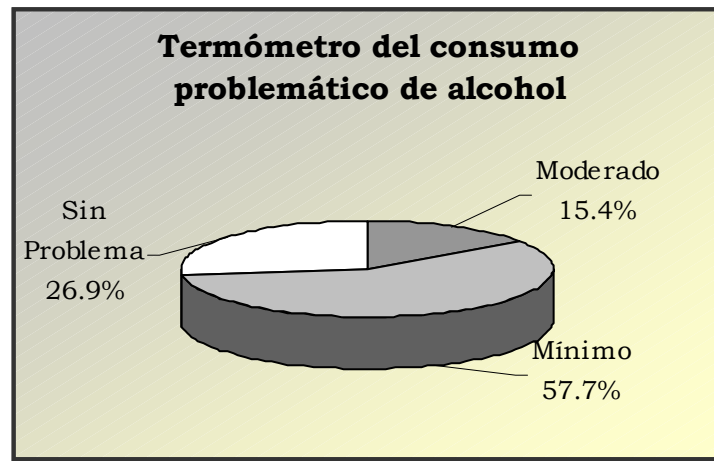


Fig. 21. Termómetro del consumo problemático de alcohol

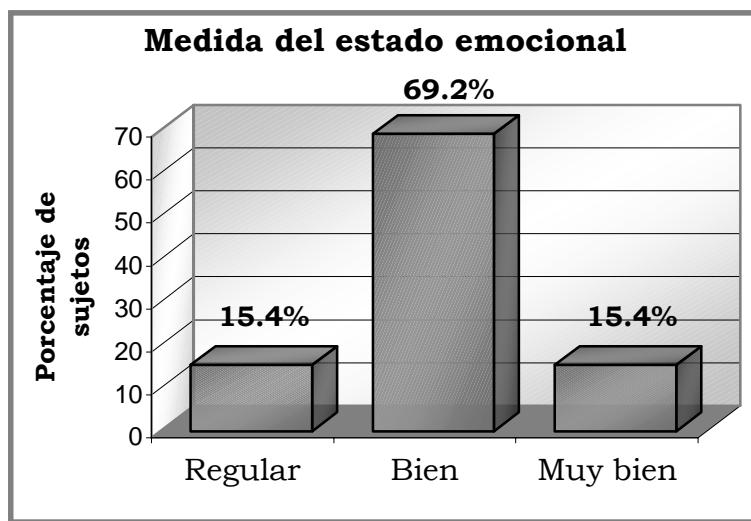


Fig. 22. Termómetro del estado emocional actual.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Los resultados de este estudio muestran cambios significativos e importantes en el patrón de consumo de alcohol de los usuarios ya que hubo un aumento del número de días de abstinencia y una disminución del número de copas totales al año. Estos cambios se reflejan en el promedio de número de copas por ocasión de consumo, en donde se encontró una disminución significativa en el número de copas (de 6 copas bajo a 3). Con respecto a los días de consumo moderado, excesivo y muy excesivo, también se presentó una disminución significativa en el número de días de consumo muy excesivo y excesivo. En cuanto a la cantidad total de copas de acuerdo al día de la semana, se observó durante el pretratamiento que los días de mayor consumo eran los viernes, sábados y domingos, disminuyendo notablemente el resto de los días de la semana. Este patrón se repitió durante la fase de seguimiento, sin embargo hubo una disminución significativa de la cantidad de copas durante estos tres días y el resto de la semana. En este punto es importante resaltar que una de las características del bebedor problema es que su consumo es de forma episódica-explosiva, donde generalmente se limita a beber los fines de semana, lo cual es observado claramente en los resultados obtenidos en relación al total de copas por día de la semana. También se pudo observar que los sujetos presentaban un alto porcentaje de días de abstinencia durante el pre y postratamiento, y un bajo número de días de consumo, lo cual muestra con mayor claridad esta forma de consumo esporádica y explosiva del bebedor problema en donde se dan grandes períodos de abstinencia acompañados por períodos de consumo en los que se ingieren grandes cantidades.

En relación a su historia de uso de alcohol, el promedio de años de consumir alcohol excesivamente era de 7.7 años, lo cual coincide con la

literatura, ya que de acuerdo con Ayala (1994), M. B. Sobell y L. C. Sobell (1993) el bebedor problema generalmente reporta problemas con el uso de alcohol menores a diez años.

Con respecto a las consecuencias asociadas al consumo de alcohol se observó una reducción en el porcentaje de sujetos que presentaba uno o más efectos relacionados a la ingesta. A pesar de que en cada una de estas áreas hubo una disminución, sólo fueron significativas en daño cognoscitivo, agresión y problemas financieros. Esto puede deberse a que como se mencionó anteriormente, el bebedor problema generalmente tiene mayores recursos personales, sociales y económicos que el bebedor con dependencia severa, además que los problemas en relación al consumo pueden ser mínimos ya que aún no tienen graves problemas relacionados con su consumo (Ayala, 1994, M. B. Sobell & L. C. Sobell, 1993).

Por otro lado, se encontró un aumento en la confianza para controlar el consumo en cada una de las ocho situaciones de riesgo que presenta el Cuestionario de Confianza Situacional, sin embargo, solo cinco mostraron ser significativas (emociones agradables, autocontrol, necesidad física, presión social y momentos agradables con otros).

De igual forma, se comparó la satisfacción con la calidad de vida del usuario durante el pre y el postratamiento, encontrándose un aumento en esta satisfacción, es decir, los usuarios dijeron sentirse satisfechos y muy satisfechos con su calidad de vida. Por otra parte, los participantes mencionaron con mayor frecuencia sentirse bien o muy bien en estos momentos de su vida y consideraron su consumo de alcohol actual como un problema mínimo, o bien, ya no representaba un problema.

Con respecto a la evaluación del Programa, un mayor porcentaje de usuarios consideró que los diversos componentes del Modelo le fueron útiles o muy útiles y estimó que el tiempo que duró el tratamiento fue suficiente. En general se observó una satisfacción con el servicio y con el Programa, en donde la mayoría de los sujetos consideró que el Programa debería seguir al alcance de la población.

En cuanto a la selección de metas, el programa al estar orientado a personas con dependencia baja y media al alcohol, permite que cada usuario elija su meta (moderación o abstinencia). En este punto se encontró que al inicio del tratamiento el 86% se inclinó por la moderación como meta terapéutica y durante el seguimiento el 82% consideraba que si estuviera al inicio del tratamiento, le gustaría elegir de nuevo la meta por sí mismo; esto se relaciona con la literatura, ya que una de las características de los bebedores problema es que ellos no se ven a sí mismos como alcohólicos y para ellos resulta más adecuado el control de consumo ya que no presentan síntomas de dependencia severa donde ellos aceptan con mayor facilidad la moderación como objetivo terapéutico (Ayala, 1994, Echeburúa, 2001, L. C. Sobell, 2001).

Con relación al seguimiento, el mayor porcentaje de usuarios consideró que éste había ayudado mucho o considerablemente y había sido de gran utilidad y el 97 % de la muestra le recomendaría al terapeuta mantener el contacto con sus usuarios después de terminar el Programa. Con esto se observa, que el seguimiento, puede ser visto como una forma de cuidado posterior y continuo e interés hacia el usuario, el cual le brinda un canal de comunicación para expresar sus inquietudes. De igual forma, el seguimiento sirve para conocer la efectividad del programa, obtener datos más confiables y ver el mantenimiento del cambio en el usuario, así como

detectar recaídas, por lo tanto, el seguimiento es un componente esencial y útil tanto para el terapeuta como para el usuario, de ahí la importancia de llevarse a cabo en cualquier tipo de Programa o Intervención (Catanzaro & Green, 1970, Horn & Chueh, 2004, Miller, 1989, L. Sobell & M. Ssobell, 1981) y de seguir realizándose en este Programa en particular.

Como puede observarse, los resultados obtenidos en este trabajo revelan que el Modelo Autocambio Dirigido es una intervención eficaz y prometedora, que ha mostrado efectos positivos y en el cual los usuarios han logrado reducir sus patrones de consumo de alcohol y las consecuencias relacionadas. Aunado a esto, se observa que los resultados obtenidos en este estudio son similares a los publicados anteriormente en México. Este programa, al ser de corta duración, alta estructuración de los procedimientos, bajo costo y alta eficacia puede ser visto como una buena opción de tratamiento lo cual lo hace apropiado para ser incluido dentro del sector salud, además de que como ha sido mencionado a lo largo de este trabajo, la mayor parte de los Programas han sido enfocados en personas que presentan dependencia severa al alcohol y el modelo Autocambio Dirigido es una alternativa como método de prevención secundaria, lo cual haría posible ampliar la oferta de servicios que permitiría a una parte importante de la población para la cual no existen opciones apropiadas de atención -como son los bebedores problema- tener un Programa adecuado para ellos (Echeverría et al., 2004).

Por otro lado, para futuras investigaciones sería importante incluir en la muestra un mayor número de sujetos, ya que en este estudio se presentó la limitación de que al ser reducida la cantidad de expedientes de personas que cumplieran los requisitos para realizar el seguimiento, no se tuvo la posibilidad de trabajar con una muestra más grande y aunado a esto, de los

expedientes con los que se contaba, se descartaron algunos por dificultad para localizar a los sujetos, cambio de número telefónico o domicilio o negación para participar en el seguimiento. En este mismo punto, para disminuir el porcentaje de sujetos perdidos sería recomendable que los terapeutas obtuvieran desde la evaluación inicial diversos números telefónicos en los cuales pudiera ser factible localizar a los usuarios, así como obtener su correo electrónico en el caso de que posea, mantener un contacto periódico con sus usuarios e ir actualizando los datos de éstos constantemente.

Por último, es importante aclarar que este estudio no pretende ser concluyente, por lo cual se sugiere seguir desarrollando investigaciones entre las que sería importante realizar ensayos aleatorios controlados para continuar observando los efectos del programa sobre la población mexicana.

ANEXOS

- 1. Entrevista de Seguimiento**
- 2. Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS)**
- 3. Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE)**

8. ¿Ha recibido algún otro tratamiento además de éste o ha participado con grupos de auto-ayuda para resolver su problema de consumo excesivo de alcohol o consumo de drogas, durante los últimos 6 meses?

- ____ (1) Si. Continúe con la pregunta (9)
 ____ (2) No. Continúe con la pregunta (10)

9. Describa el tipo de tratamiento y califíquelo:

(Calificación: (a) útil, (b) no tuvo ninguno efecto, (c) inútil).

Tipo de tratamiento/ ayuda	Alcoholismo(1) Drogadicción (2)	Calificación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

10. Número de días que estuvo internado en un hospital debido a problemas relacionados con el consumo de alcohol durante los últimos 6 meses:

11. Número de días que estuvo internado en un hospital debido a problemas relacionados con el consumo de drogas durante los últimos 6 meses:

PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

12. Consumo de alcohol en los últimos 6 meses: (El porcentaje debe dar un total de 100)

- Proporción de consumo de pulque _____ %
- Proporción del consumo de cerveza _____ %
- Proporción del consumo de vino _____ %
- Proporción del consumo de destilados _____ %

13. Marque (sólo una) la alternativa que mejor describe su manera de **beber** durante los últimos 6 meses:

- ____ (1) No es un problema
 ____ (2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no he tenido ninguna experiencia o consecuencia negativa)
 ____ (3) Es un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero considero que ninguna de ellas fue seria)
 ____ (4) Es un problema grave (he tenido algunas experiencias negativas, una de las cuales, considero que fue seria)
 ____ (5) Es un problema muy grave (he tenido algunas experiencias con consecuencias negativas, de las cuales por lo menos 2 considero que fueron serias)

14. Marque (sólo una) la alternativa que describe su manera de consumir

drogas durante los últimos 6 meses:

- ___ (1) Ya no es un problema
 ___ (2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no me ha provocado ninguna experiencia o consecuencias negativas)
 ___ (3) Es un problema menor (me ha dado algunas experiencias con consecuencias negativas pero considero que ninguna de ellas fue seria)
 ___ (4) Es un problema grave (me ha provocado algunas experiencias con consecuencias negativas una de las cuales, considero que fue seria)
 ___ (5) Es un problema muy grave (me ha provocado algunas experiencias con consecuencias negativas, mínimo 2 que considero que fueron serias)

15. SUSTANCIAS CONSUMIDAS: (Si el cuadro "consumo" se contesta con NO, el resto de la fila debe permanecer en blanco)

SUSTANCIAS	CONSUMO O NO = 1 SI = 2	FORMA DE CONSUMO 1 - ORAL 2 - INYECTADA 3 - FUMADA 4 - INHALADA 5 - OTRAS	ULTIMO AÑO DE CONSUMO	FRECUENCIA DE CONSUMO* (DURANTE LOS ULTIMOS 90 DIAS)	CANTIDAD CONSUMIDA CON MAS FRECUENCIA (DURANTE LOS ULTIMOS 90 DIAS)
ALCOHOL					
MARIGUANA					
COCAINA					
METANFETAMINAS					
DEPRESIVOS					
NARCOTICOS. (HEROINA, METADONA, OPIO, MORFINA, DEMEROL)					
INHALABLES (CEMENTO, SOLVENTES, AEROSOL)					
ALUCINOGENOS (LSD, POLVO DE ANGEL, MESCALINA, PSILOCIBINA)					
DROGAS ANTIALCOHOL (ANTABUSE, TEMPOSIL)					

• **CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO:**

- (1) MENOS DE UNA VEZ AL MES
- (2) 1 VEZ AL MES
- (3) 1 VEZ A LA SEMANA
- (4) 2 A 3 VECES A LA SEMANA
- (5) DIARIAMENTE

16. **CONSECUENCIAS:** LLENAR EL SIGUIENTE CUADRO DEPENDIENDO DE LAS CONSECUENCIAS EXPERIMENTADAS DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES (SEGUN LA DROGA CONSUMIDA)

	A L C O H O L	MARIGUANA	C O C A I N A	M E T A N F E T A M I N A S	D E P R E S I V O S	N A R C O T I C O S	I N H A L A B L E S	O T R A S
DAÑO FISICO 0 = Ninguno 1 = Aviso preventivo del médico 2 = Tratamiento médico por enfermedad o accidente								
DAÑO COGNITIVO (incluyendo lagunas mentales, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento) 0 = Ninguno 1 = 5 o menos ocasiones. 2 = Más de 5 ocasiones								
DAÑO AFECTIVO (incluyendo cambios de humor, cambios de personalidad) 0 = NINGUNO 1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2 = Mayor (con consecuencias en el comportamiento diario)								
DAÑO INTERPERSONAL 0 = NINGUNO 1 = Menor (solamente discusiones o relaciones tirantes con otros) 2 = Mayor (Pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)								

AGRESIÓN 0 = NINGUNO 1 = Agresión verbal 2 = Violencia física									
PROBLEMAS FINANCIEROS 0 = NINGUNO 1 = Menor (gastos en exceso) 2=Mayor (reducción de ingresos por mantener en consumo)									

17. ¿Qué tan útil ha sido la comunicación telefónica con su terapeuta después de terminar las 4 sesiones de tratamiento?:

(1)___ (2)___ (3)___ (4)___ (5)___
No fue útil Ayudó poco Ayudó en algo Ayudó considerablemente Ayudó mucho

18. ¿Le recomendaría a los terapeutas que siguieran manteniendo el contacto con sus usuarios?:

___ (1) Si ___ (2) No

LAS PREGUNTAS RESTANTES SOLO SE HACEN EN EL SEGUIMIENTO DE 12 MESES.

Estas preguntas se relacionan con el tratamiento en el que usted participó hace 12 meses. Estamos interesados en saber lo que usted piensa o sus experiencias durante el año después de su tratamiento. Para completar sus respuestas le agradecemos de antemano algún otro comentario que tenga acerca del programa y de la manera que éste fue conducido.

19. El tiempo que duró el tratamiento fue :

___ (1) Escaso
___ (2) Suficiente
___ (3) Abundante

20. Si la terapia fue escasa o abundante. ¿Cuántas sesiones hubieran sido las suficientes? _____

21. En comparación con las condiciones en las que usted se encontraba antes de estar en el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema, actualmente su manera de beber es:

___ (1) Ya no es un problema
___ (2) El problema es menor que antes
___ (3) No ha cambiado
___ (4) El problema es más grave que antes.

22. En general, ¿cómo considera que fue la elección de su meta de consumo de alcohol o drogas?
- (1) Una buena meta. ¿Por qué?
 - (2) Sin comentarios
 - (3) Una mala meta. ¿Por qué?

23. Si estuviera al inicio de su tratamiento, ¿preferiría elegir usted mismo su meta de consumo de drogas o alcohol o preferiría que el terapeuta seleccionara dicha meta por usted?
- (1) Seleccionar la meta por mi mismo.
 - (2) Seleccione el terapeuta.
 - (3) Indiferente.

En la siguiente sección, estamos, interesados en saber que características específicas del tratamiento pudieran haber tenido algún efecto en la modificación de su consumo del alcohol y de drogas. Por ejemplo: Si el tratamiento lo ayudó a disminuir o a dejar el consumo de drogas o alcohol, pero posteriormente usted reincidió en el consumo de drogas o alcohol, el tratamiento sería considerado por usted como una terapia útil a pesar de un resultado final, muy desfavorable.

24. Enumere que tan útiles le fueron cada una de las siguientes características del tratamiento, por medio de la siguiente escala que consta de cinco niveles diferentes:

(1) No recuerdo (2) Nada útiles (3) Sin opinión (4) Útiles (5) Muy útiles

- (1) Entrevista inicial (su primer visita al Centro de Servicios Psicológicos o al IMSS, antes de recibir tratamiento)
- (2) El nombre de su terapeuta es: _____
- (3) Las lecturas y tareas que fueron asignadas.
- (4) Auto-registro de su consumo de drogas y alcohol en su cuadernillo, con los registros de progreso.
- (5) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de los pros y contras).
- (6) La aproximación hacia resolución de problemas (identificación de los factores de incitación al consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias, opciones de desarrollo planes de acción) .
- (7) Énfasis en hacer las cosas por uno mismo (utilizando sus propias fuerzas y recursos).
- (8) La auto selección de las metas para el consumo de drogas y/o el alcohol.
- (9) Los dos contactos telefónicos que mantuvo con su terapeuta para la terapia de seguimiento.
- (10) Las 4 sesiones estructuradas de la terapia.

25. Considera usted que el programa de Autocambio dirigido para bebedores problema en México, en el cual usted participó, debería seguir estando a la disposición de nuestra población.
- (1) Si.
 - (2) No.

___ (3) Si sólo en determinados pacientes. Favor de escribir el tipo de pacientes que usted considere el apropiado para esta clase de tratamiento:

26. Con esto concluimos la entrevista. ¿Tiene algún comentario o alguna sugerencia que desee agregar?

Resultados de los análisis sanguíneos:

Notas del Entrevistador.

NOMBRE DEL USUARIO: _____

No. Expediente: _____

Nombre del entrevistador: _____

“CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL”

Nombre usuario: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan ocho diferentes situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber o consumir alguna droga.

Imagine que está **en este momento** en cada una de estas situaciones e indique en la escala, qué tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso ó consumir alguna droga, marcando con una X a lo largo de la línea 0% si está INSEGURO ante esa situación ó 100% si está TOTALMENTE SEGURO de poder resistir beber en exceso.

❖ En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en exceso ó consumir alguna droga en aquellas situaciones que involucran.....

1. **EMOCIONES DESAGRADABLES:** (Por ejemplo: si estuviera deprimido en general; si las cosas estuvieran saliendo mal).

Me siento...

0%	100%
Inseguro	Seguro

2. **MALESTAR FÍSICO:** (Por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso)

Me siento...

0%	100%
Inseguro	Seguro

3. **EMOCIONES AGRADABLES:** (Por ejemplo: si me sintiera muy contento, si quisiera celebrar, si todo fuera por buen camino).

Me siento...

0%	100%
Inseguro	Seguro

4. **PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS** (Por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol o con drogas; si me sintiera que puedo fumar solo pocos cigarros o que puedo controlar mi consumo de cigarros)

Me siento...

- | | | |
|--|----------|--------|
| | 0% | 100% |
| | Inseguro | Seguro |
5. **NECESIDAD FÍSICA** (Por ejemplo: si tuviera urgencia de beber o usar drogas, si pensara que rico es beber alcohol)
Me siento...

- | | | |
|--|----------|--------|
| | 0% | 100% |
| | Inseguro | Seguro |
6. **CONFLICTO CON OTROS** (Por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo)
Me siento...

- | | | |
|--|----------|--------|
| | 0% | 100% |
| | Inseguro | Seguro |
7. **PRESIÓN SOCIAL** (Por ejemplo: si alguien me presionara a fumar o utilizar drogas; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera un copa o droga)
Me siento...

- | | | |
|--|----------|--------|
| | 0% | 100% |
| | Inseguro | Seguro |
8. **MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS** (Por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un amigo(a) y quisiera sentirme mejor)
Me siento...

	0%	100%
	Inseguro	Seguro

LINEA BASE RETROSPECTIVA

Nombre: _____

Fecha: _____

2006

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
E				1	2	3	4
N	5	6	7	8	9	10	11
E	12	13	14	15	16	17	18
R	19	20	21	22	23	24	25
O	26	27	28	29	30	31	

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
F							1
E	2	3	4	5	6	7	8
B	9	10	11	12	13	14	15
R	16	17	18	19	20	21	22
E	23	24	25	26	27	28	29

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
M	1	2	3	4	5	6	7
A	8	9	10	11	12	13	14
R	15	16	17	18	19	20	21
Z	22	23	24	25	26	27	28
O	29	30	31				

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
A				1	2	3	4
B	5	6	7	8	9	10	11
R	12	13	14	15	16	17	18
I	19	20	21	22	23	24	25
L	26	27	28	29	30		

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
M						1	2
A	3	4	5	6	7	8	9
Y	10	11	12	13	14	15	16
O	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28	29	30

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
J		1	2	3	4	5	6
U	7	8	9	10	11	12	13
N	14	15	16	17	18	19	20
I	21	22	23	24	25	26	27
O	28	29	30				

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
J				1	2	3	4
U	5	6	7	8	9	10	11
L	12	13	14	15	16	17	18
I	19	20	21	22	23	24	25
O	26	27	28	29	30	31	

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
A							1
G	2	3	4	5	6	7	8
O	9	10	11	12	13	14	15
S	16	17	18	19	20	21	22
T	23	24	25	26	27	28	29
O	30	31					

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
S			1	2	3	4	5
E	6	7	8	9	10	11	12
P	13	14	15	16	17	18	19
T	20	21	22	23	24	25	26
I	27	28	29	30			

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
O					1	2	3
C	4	5	6	7	8	9	10
T	11	12	13	14	15	16	17
U	18	19	20	21	22	23	24
B	25	26	27	28	29	30	31

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
N	1	2	3	4	5	6	7
O	8	9	10	11	12	13	14
V	15	16	17	18	19	20	21
I	22	23	24	25	26	27	28
E	29	30					

	Lun	Mar	Mier	Juev	Vier	Sab	Dom
D			1	2	3	4	5
I	6	7	8	9	10	11	12
C	14	15	16	17	18	19	20
I	21	22	23	24	24	25	26
E	27	28	29	30	31		

REFERENCIAS.

Abrams, D. B. & Niaura, R. S. (1999). **Social learning theory of alcohol use an abuse.** En H. Blane y K. Leonar (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 131-180). Nueva York: Guildford Press.

Ayala, H. (1994). **Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: Resultados iniciales.** En H. Ayala & L. Echeverría (Eds.), *Tratamiento de Conductas adictivas*. México: UNAM, Facultad de Psicología.

Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1997). **Auto Control Dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México.** *Revista Mexicana de Psicología*, 14(2), 113-127.

Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell M. B. & Sobell, L. C. (2001). **Una alternativa de Intervención breve y temprana para bebedores problema en México.** En H. Ayala & L. Echeverría (Eds.), *Tratamiento de Conductas adictivas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría, S. V. L. & Gutiérrez, L. M. (1998). *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*. México: UNAM, Facultad de Psicología.

Ayala, V. H., Carrascoza, V. C. & Echeverría, S. V. 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.

Bobes, G. J., Casas, B. M. & Gutiérrez, F. M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. España : Ars Medica.

Bodino, C. (2001). *Las adicciones. Del uso a la dependencia*. Buenos Aires: Longseller.

Borges, G., Mondragón, L., Cherpitel, C. & Rosovsky, H. (2003). **El consumo de bebidas alcohólicas y los servicios de urgencias: estudios realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente: 1986-2003**. *Salud Mental*, 26(5), 19-27.

Caddy, G. R. (1980). **Problems in conducting alcohol treatment outcome studies: a review**. En L. Sobell & M. Sobell (Eds.), *Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness*. New York: Pergamon Press.

Carreño S., Berenzon S., Medina-Mora M. E., Ortiz A., & Juárez F. (1999). *Uso responsable de bebidas alcohólicas. Como lograr abstinencia o beber en forma moderada. Una adaptación al contexto mexicano*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. México.

Casanova, L., Borges, G., Medina-Mora, M. & Cherpitel, C. (2001). **El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales**. *Salud Mental*, 24(5), 3-11.

Catanzaro, R.& Green, W. G.(1970). **WATS Telephone Therapy: New follow-up technique for alcoholics**. *American Journal of Psychiatric*, 126 (7), 1024-1027.

Consejo Nacional contra las Adicciones. **Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas.** 2002.

Echeburúa, E. (2001). *Abuso de alcohol. Guía practica.* Madrid: Síntesis.

Echeburúa, E. & Amor, P. (2003). **Beber controlado como objetivo terapéutico en el tratamiento del abuso del alcohol.** En E. García, S. Mendieta, G. Cervera & J. Fernández (Eds.), *Manual SET de alcocoholismo.* Madrid: Médica Panamericana.

Echeverría, S. V. L., Ruíz, T. G. M., Salazar, G. M. L. & Tiburcio, S. M. A. (2004). *Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Curso de capacitación para profesionales de la Salud.* México D.F. : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Fernández-Ballesteros, R. (Ed.). (1996). *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud.* Madrid: Síntesis.

Freixa, N. (2003). **Evaluación y diagnóstico del alcoholismo desde una perspectiva motivacional.** En E. García, S. Mendieta, G. Cervera & J. Fernández (Eds.), *Manual SET de alcocoholismo.* Madrid: Médica Panamericana.

Gantiva, D. C., Gómez, V. C, Flórez, A. L. (2003). **Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol.** *Revista Colombiana de Psicología, 12,* 38-48.

Gilbert, F. & Maxwell, P. (1987). **Predicting attendance at follow-up evaluations in alcoholism treatment outcome research.** *Journal of*

Studies on Alcohol, 48(6), 569-573.

Granville-Chapman, J., Yu, K. & White, P. (2001). **A follow-up survey of alcohol consumption and knowledge in medical students.** *Alcohol & Alcoholism*, 36(6), 540-543.

Hansten, M. L., Downey, L., Rosengren, D. B. & Donovan, D.M. (2000). **Relationship between follow-up rates and treatment outcomes in substance abuse research: more is better but when is “enough” enough?.** *Addiction*, 95(9), 1403-1416.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.

Hornig, F. & Chueh, K. (2004). **Effectiveness of telephone follow-up and counseling in aftercare for alcoholism.** *Journal of Nursing Research*, 12 (1), 11-19.

Maisto, S. & Cooper, M. (1980). **A historical perspective on alcohol and drug treatment outcome research.** En L. Sobell & M. Sobell (Eds.), *Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness*. New York: Pergamon Press.

Martín, G., & Pear, J. (1999). *Modificación de Conducta: Qué es y como aplicarla*. Madrid: Prentice-Hall.

McCrary, B., Rodríguez, R., Otero-López, J. (1998). *Los problemas de la bebida: un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Pirámide.

McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R. Cacciola, J. & Kemp, J. (2005). **Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring.** *Addiction*, 100, 447-458.

Medina-Mora, M. E. (2001). **Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición.** En R. Tapia (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. (2^a. ed.). México, D.F: El Manual Moderno.

Medina-Mora, M., Natera, G. Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C. & Tapia-Conyer, R. (2001). **Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad.** *Salud Mental*, 24(4), 3-19.

Medina-Mora, M., Villatoro, J., Cravioto, P., Fleiz, C., Galván, F., Rojas, E., Castrejón, J. & Kuri, P. (2003) . **Uso y abuso de alcohol en México.** En: *Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras drogas 2003*. CONADIC, SSA, México, 49-61.

Miller, W. R. (1989). **Follow-up assessment.** En R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective Alternatives* (pp. 81-89). New York: Pergamon Press.

Miller, W. R. & Baca, L. M. (1983). **Two year follow-up of bibliotherapy and therapist- directed controlled drinking training for problem drinkers.** *Behavior Therapy*, 14, 441-448.

Miller, W. R. & Joyce, M. A. (1979). **Prediction of abstinence, controlled drinking and heavy drinking outcomes following behavioral self-control training.** *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology, 47 (4), 773-775.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

Morris, C. G., Maisto, A. A. (2001). *Psicología* (10^a. ed.). México: Pearson Education.

Nilssen, O. (2004). **Long-term effect of brief intervention in at-risk alcohol drinkers: a 9-year follow-up study.** *Alcohol & Alcoholism*, 39(6), 548-551.

Nirengberg, O., Brawerman, J. & Ruíz, V. (2000). *Evaluar para la transformación: innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Paidós.

Oblitas, A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson Learning.

Organización Mundial de la Salud (2002) Informe sobre la Salud en el Mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana.

Orozco, R., Borges G., Mondragón, L. & Monroy-Nasr, Z. (2005). **El lugar donde ocurren las lesiones y su relación con el uso de alcohol. Estudio en sala de urgencias.** *Salud Mental*, 28(5), 50-56.

Pitkânen, T., Lyyra, A. & Pulkkinen, L. (2005). **Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males.** *Addiction*, 100, 652-661.

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

Rosovsky, T. H., (2001). **Salud pública, disponibilidad y consumo de alcohol: implicaciones y controversias**. En R. Tapia (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas* (2a. ed.). México, D.F: El Manual Moderno.

Rossi, P. H. & Freeman, H. E. (1989). *Evaluación: un enfoque sistemático para programas sociales*. México: Trillas.

San Martín, H. (2003). *Tratado general de la salud en las sociedades humanas*. (7^a. ed.). México: Prensa Medica Mexicana.

Sandahl, C., Lindberg, S. & Bergman, H.(1985). **Severity of alcohol problems at follow-up an outcome measure**. *Acta Psychiatric Scandinavian*, 71, 458-467.

Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología (2002). **Encuesta Nacional de Adicciones 2002**, México.

Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología (2005). **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe 2005**, México.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (2003). **Observatorio Mexicano**.

Sobell, L. C. (2001). **Motivational interventions for problem drinkers.** En H. E. Ayala & S. V. Echeverría (Eds.), *Tratamiento de Conductas adictivas*. México: UNAM, Facultad de Psicología.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1981). **Frequent follow-up as data gathering and continued care with alcoholics.** *The International Journal of Addictions*, 16(6), 1077-1086.

Sobell, M. B. & Sobell L. C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York : Guildford Press.

Sobell, M. B., Sobell, L. C. (2005). **Guided Self-Change Model of treatment for substance use disorders.** *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 199-210.

Solís, L. & Cordero, M.(1999). **El uso de servicios telefónicos y las recaídas de los pacientes alcohólicos en tratamiento. Resultados de un seguimiento telefónico.** *Salud Mental*, 22(2), 1-6.

Solís, L., Tapia. R., Gallardo, A. & Gamipiochi, A. (1998). **Curso del postratamiento y recaídas en pacientes dependientes al etanol del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares.** *Salud Mental*, 21(3), 14-18.

Stufflebeam, D.L. & Shinkield, A. J.(1995). *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica* (tercera reimpresión). Barcelona: Paidós.

Tapia, R., Medina-Mora, M. E. & Cravioto, Q. P. (2001). **Epidemiología del consumo de alcohol.** En R. Tapia (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. (2^a. ed.). México, D.F: El Manual Moderno.

Twitchell, G.R., Hertzog, C. A., Klein, J. L. & Schuckit, M.A. (1992). **The anatomy of a follow-up.** *British Journal of Addiction*, 87, 1327-1333.

Velasco, F. (2001). **Detección temprana del bebedor problema.** En R. Tapia (Ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas.* (2^a. ed.). México, D.F: El Manual Moderno.

Weisner, C., Matzger, H. & Kaskutas, L. (2003). **How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals.** *Addiction*, 98, 901-911.

Weiss, C. H. (1990). *Investigación Evaluativa* (2a. ed.). México: Trillas.