



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**“DISEMINACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTO-CAMBIO
DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA EN LOS
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL”**

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

SANDRA GISELA ALCÁNTARA PADILLA

DIRECTOR DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRÍA SAN
VICENTE

REVISOR DE TESIS: LIC. MIGUEL ÁNGEL MEDINA
GUTIÉRREZ

México, D.F.

2007





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mis padres por su apoyo y paciencia sin límites.

*A mi mamá, por ser un ejemplo de superación inagotable,
te admiro y tu éxito me impulsa a buscar el mío.*

*A mi papá, se que nunca habrá forma de agradecer una
vida de esfuerzo, sacrificio y lucha constantes, gracias por
ayudarme alcanzar cada una de mis metas.*

*A las mujeres de mi familia que me enseñaron a buscar mi
propia felicidad y no tener miedo a alcanzarla.*

*A los hombres de mi familia que me enseñaron que el éxito
se disfruta más cuando se comparte con alguien especial,
como todos ustedes.*

A mis hermanos, las personitas que alegraron mi vida:

*A Tete, mi amiga y compañera, por tu envidiable
seguridad y carácter.*

*A Memo por tu sentido del humor, tu compañía y tu
ternura.*

A mis amigas:

*A Blanca, por ser tan única y enseñarme el sentido de una
verdadera amistad mil gracias.*

*A Elvia por tu amistad y en particular por tu seguridad y
fortaleza que me han inspirado en tantas ocasiones.*

*A mis abuelos por ser los cimientos de mi vida y darme las
mejores enseñanzas que puedo tener:*

*Abue Lupita V., por tus historias llenas de enseñanzas, tu
total aceptación y tu mirada llena de cariño que me
reconforta siempre.*

*Abue Elías por las risas que compartimos, el demostrarme
con pequeños detalles tu preocupación por mí y sobre todo
por ser un hombre admirable.*

*Abue Lupita F. por tu fortaleza que me da seguridad y
aliento en la vida y tu cariño demostrado al preocupare
siempre por mi bienestar.*

*Abue Secundino admirar tus conocimientos me hizo llegar
hasta aquí, gracias por estar ahí siempre que te he
necesitado.*

*A Javier por recordarme siempre de lo que soy capaz y
jamás dudar de mí, has sido uno de los motivos para
conseguir este logro.*

*A mis amigos del CCAE "Los Volcanes" (Rafa, Ceci, Gris
y especialmente a Amalia):*

*Por enseñarme que la amistad puede crecer dónde menos te
lo esperas*

AGRADECIMIENTOS

Mtra. Lety:

Por darme la oportunidad de realizar este proyecto y a la vez compartir con usted quien es una gran maestra y persona, muchas gracias.

*Mtro. Samuel Jurado y Mtro. Miguel Ángel Medina:
Gracias por su disposición e interés al revisar este trabajo y por los consejos brindados.*

*Mtra. Asunción Valenzuela y Mtra. Rosario Muñoz:
Les agradezco con gran admiración y respeto, no sólo el apoyo brindado en la revisión de este proyecto, sino también las valiosas enseñanzas que siempre con gran disposición me brindaron.*

*A la UNAM:
Por darme los mejores años, experiencias, conocimientos y amigos de mi vida.*

*Al CONACYT:
Por financiar la realización de este proyecto.*

*A CIJ:
Por la gran apertura y cooperación del personal para la realización de este proyecto, mil gracias.*

ÍNDICE

Dedicatorias	I
Agradecimientos	II
Resumen	III
Índice	IV
Lista de Figuras	VI
Lista de Tablas	VIII
INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del Problema y Justificación	6
Objetivos	7
Importancia del estudio	8
Limitaciones del estudio	8
Definición de Términos	9
CAPÍTULO I	
INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA	11
CAPÍTULO II	
EL PROCESO DE DISEMINACIÓN	16
2.1 Definición de diseminación	16
2.2 Elementos del proceso de diseminación	17
2.2.1 La innovación	17
2.2.2 La comunicación	18
2.2.3 El tiempo	20
2.2.4 El sistema social	20
2.2.4.1 La estructura social y la diseminación	21
2.2.4.2 Las normas del sistema y la diseminación	21
2.2.4.3 Sistemas de enlace: Líderes de opinión y agentes de cambio	21
2.2.4.3.1 Líderes de opinión	22
2.2.4.3.2 Agentes de cambio	22
2.3 Tipos de innovación-decisión	23
2.4 El paradigma de diseminación de la información	24
2.5 Propuesta de un modelo de diseminación activa	25
2.6 Barreras para una diseminación efectiva	27
2.7 Hacia una diseminación efectiva	31
2.8 Estrategias de diseminación	33
2.8.1 Educación continua	34
2.8.2 Talleres interactivos	35
2.8.3 Manuales de tratamiento	36
CAPÍTULO III	
MODELO DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA	38
3.1 Espectro epidemiológico	38
3.2 Tratamientos tradicionales para el consumo excesivo de alcohol	41
3.3 Bebedores problema	43
3.4 Intervenciones breves	44

3.5 Modelo de auto-cambio dirigido para bebedores problema	45
3.5.1 Antecedentes	45
3.5.2 Fundamento teórico: Teoría del aprendizaje social	47
3.5.3 Técnicas de intervención	50
3.5.4 Proceso de intervención	51
CAPÍTULO IV	
EL MODELO DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA EN MÉXICO	56
CAPÍTULO V	
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL	62
MÉTODO	66
4.1 Sujetos	66
4.2 Materiales	68
4.3 Procedimiento	70
RESULTADOS	73
6.1 Sección 1: Resultados de la fase 1. Evaluación de conocimientos adquiridos e intereses.	73
6.2 Sección 2: Resultados de la fase 2. Seguimiento a terapeutas y análisis de la población atendida	74
6.2.1 Seguimiento a terapeutas	74
6.2.2 Análisis de los usuarios atendidos	85
6.2.3 Análisis de casos	107
DISCUSIÓN	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	125

LISTA DE FIGURAS

Número		Página
1	Sistemas de enlace	23
2	Modelo de mercadotecnia social para la diseminación.	26
3	Espectro de bebedores y oportunidades de intervención.	42
4	Comparación de los puntajes medios obtenidos por los terapeutas en el Instrumento de Conocimientos antes y después del taller de capacitación.	73
5	Comparación de los puntajes medios obtenidos por los terapeutas en el Instrumento de Intereses antes y después del taller de capacitación.	74
6	¿De qué manera se enteró del taller de capacitación?	74
7	Asistencia al taller de capacitación.	75
8	Reacción inicial ante el taller de capacitación.	75
9	Calificación de los materiales didácticos.	75
10	Calificación de la ponencia.	76
11	¿Los ejemplos utilizados ayudaron a clarificar la información?	76
12	Aclaración de dudas y retroalimentación.	76
13	Aspectos negativos del taller.	77
14	Sugerencias para optimizar el proceso de capacitación.	77
15	Aspectos novedosos del modelo (Frecuencias de mención).	78
16	Fortalezas del Modelo de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema (Frecuencia de mención).	79
17	Debilidades del modelo de auto-cambio dirigido para bebedores problema.	80
18	Aplicación del modelo después de la capacitación y actualmente.	80
19	Razones por las cuáles se decidió aplicar el modelo.	80
20	Modificaciones en la aplicación del modelo.	81
21	Calificación del manejo del modelo en la práctica.	82
22	Aspectos que facilitaron la adopción del modelo en CIJ.	82
23	Aspectos que obstaculizaron la adopción del modelo en CIJ.	83
24	Comparación de la actitud inicial de los terapeutas ante el taller de capacitación y el promedio de usuarios atendidos.	83
25	Poblaciones susceptibles a ser capacitadas en el modelo.	84
26	Multiplicadores de conocimiento.	84
27	Evaluación inicial de usuarios atendidos por el modelo.	85
28	Fase de tratamiento de usuarios atendidos por el modelo.	86
29	Seguimiento a seis meses de usuarios atendidos con el modelo.	86
30	Seguimiento a doce meses de usuarios atendidos con el modelo.	86
31	Distribución de usuarios atendidos en los Centros de Integración Juvenil en el periodo 2003-2006.	87
32	Porcentaje de hombres y mujeres en la población de usuarios atendidos.	87
33	Edades de los usuarios atendidos.	88
34	Nivel de escolaridad de los usuarios atendidos.	88
35	Estado civil de los usuarios atendidos.	88
36	Situación laboral de los usuarios al inicio de la intervención.	89
37	Relación de las actividades realizadas en el tiempo libre con el consumo de alcohol.	89
38	Principal problema por el que acudieron los usuarios a CIJ.	89
39	Atención del usuario a su problemática.	90
40	Tratamientos previos buscados por los usuarios atendidos.	90
41	Presión para consumir bebidas alcohólicas.	90
42	Grupos de apoyo al usuario en el proceso de cambio en su consumo de alcohol.	91
43	Grado de satisfacción con su actual estilo de vida en los usuarios atendidos al inicio de la intervención.	91
44	Ausentismo laboral de los usuarios relacionado al consumo de bebidas alcohólicas en un año.	91
45	Pérdida de empleo a consecuencia de consumir bebidas alcohólicas.	92
46	Hospitalización por causas relacionadas al consumo de alcohol.	93
47	Problemas con autoridades como arrestos o detenciones por consumo de alcohol.	94
48	Descripción de los usuarios de su consumo de alcohol durante el año previo al tratamiento.	95
49	Intentos serios por dejar o reducir el consumo de alcohol.	95
50	Porcentaje de consumo por tipo de bebida en los usuarios atendidos.	97
51	Porcentaje de daño físico en los usuarios a causa del consumo de alcohol	97
52	Porcentaje de daño cognitivo en los usuarios a causa del consumo de alcohol	98

53	Porcentaje de daño afectivo en los usuarios a causa del consumo de alcohol	98
54	Porcentaje de daño interpersonal en los usuarios a causa del consumo de alcohol	98
55	Porcentaje de agresión en los usuarios a causa del consumo de alcohol	99
56	Porcentaje de problemas laborales en los usuarios a causa del consumo de alcohol	99
57	Porcentaje de problemas legales en los usuarios a causa del consumo de alcohol.	99
58	Porcentaje de Problemas económicos en los usuarios a causa del consumo de alcohol	100
59	Porcentaje de consumo de otras sustancias además del alcohol.	100
60	Edad promedio de inicio en el consumo de sustancias incluida el alcohol.	100
61	Frecuencia de consumo de alcohol de los usuarios tres meses previos al tratamiento.	101
62	Nivel de dependencia al alcohol en los usuarios atendidos según la escala BEDA.	101
63	Distribución aproximada del patrón de consumo de alcohol al año en los usuarios atendidos.	102
64	Comparación del índice del problema y la auto-eficacia percibida ante las diversas situaciones de riesgo.	105
65	Comparación del porcentaje de elección de las opciones de meta en el inicio y el final del programa.	105
66	Comparación del grado de importancia atribuido por los usuarios al logro de su meta al inicio y al final del tratamiento.	106
67	Comparación del nivel de confianza de los usuarios para lograr su meta al inicio y al final del programa.	106

LISTA DE TABLAS

Número		Página
1	Edades de los usuarios atendidos.	87
2	Días de trabajo perdidos por los usuarios a consecuencia de consumo excesivo de alcohol	92
3	Pérdida de empleo a consecuencia de consumir bebidas alcohólicas.	92
4	Porcentaje de salario mensual destinado a la compra de bebidas alcohólicas.	93
5	Días de hospitalización por causas relacionadas al consumo de alcohol	93
6	Número de arrestos o detenciones por consumo de alcohol en el año previo al inicio de tratamiento.	94
7	Número de años de consumo de alcohol.	94
8	Número de años que ha sido un bebedor excesivo.	95
9	Cantidad de intentos serios por dejar o reducir el consumo de alcohol en el año previo al ingreso al tratamiento.	96
10	Mayor número de meses consecutivos de abstinencia.	96
11	Edad de inicio de consumo de alcohol en los usuarios atendidos.	97
12	Promedio de tragos bebidos por ocasión de consumo.	101
13	Comparación en los resultados de la LIBARE inicial y el seguimiento a seis meses.	107
14	Comparación en los resultados del CCS inicial y el seguimiento a seis meses.	107
15	Comparación en los resultados de la LIBARE inicial y el seguimiento a doce meses.	108
16	Comparación en los resultados del ISCA y CCS inicial y al seguimiento a doce meses.	108

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue describir el proceso de disseminación del programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema y los resultados obtenidos de su aplicación en diferentes Centros de Integración Juvenil del país. El alcance de esta investigación es descriptivo, no se formularon hipótesis por comprobar, ni hubo manipulación deliberada de variables.

El estudio constituye la fase final del Sub-programa número tres “Diseminación del Programa de Prevención Secundaria para Bebedores Excesivos de Alcohol en Instituciones de Atención a la Salud en Comunidades Urbanas y Rurales en México”, del proyecto de investigación “Desarrollo y Evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales en México”, financiado por el CONACYT.

Se empleó un diseño no experimental, transeccional, descriptivo. El análisis comprendió dos fases, con muestras elegidas no probabilísticamente. La primera fase consistió en la recuperación y análisis de los puntajes obtenidos en el instrumento de conocimientos e intereses por 18 psicólogos de CIJ capacitados en el modelo en el año 2003, evaluados antes y después de la capacitación. La información recabada se sujetó a un análisis estadístico inferencial a través de la prueba t de student para grupos correlacionados.

Para la segunda fase del estudio, se usaron entrevistas semi-estructuradas para conocer la percepción de 18 terapeutas, acerca del proceso de disseminación, del modelo y los resultados obtenidos del mismo, se analizaron los expedientes de los usuarios atendidos con el modelo. La información se sujetó a un análisis estadístico descriptivo.

El nivel de interés de los terapeutas para participar en el programa de prevención en el área de las adicciones antes de la capacitación era alto y se mantuvo así después de la misma, sin reportar cambios significativos. Después del proceso de disseminación, hubo cambios significativos en el conocimiento y práctica de los psicólogos capacitados, además de resultados favorables en los usuarios atendidos con el modelo, evidenciando efectividad del proceso de disseminación y del modelo.

INTRODUCCIÓN

El contexto actual en el que se encuentra inmersa la investigación científica, especialmente en el campo de la salud, sugiere que la validez de esta actividad recae en términos de la aplicabilidad de sus resultados en escenarios prácticos, ya sea para la atención de usuarios o para la elaboración de políticas sanitarias.

Las evidencias tangibles, de aplicaciones prácticas del conocimiento derivado de la investigación, representan para la sociedad en general indicadores de un buen empleo del presupuesto público en proyectos de investigación, de esta manera, la permanencia de un financiamiento adecuado para la investigación depende de que tan útiles sean sus resultados para la sociedad.

La investigación debería establecer un vínculo de retroalimentación con la sociedad, uniéndose ambos elementos en un ciclo de continuo perfeccionamiento y progreso, sin embargo, esto rara vez se consigue.

Lo anterior emana principalmente, de un laxo proceso de comunicación de los resultados originados de la investigación, a los usuarios potenciales de la misma. Existe una brecha entre investigación y práctica, la cuál impide la utilización efectiva de conocimientos surgidos de la experimentación en escenarios clínicos reales. Esto perpetúa un sistema de atención arcaico y poco funcional.

Parsons (citado en Martínez y cols., 2003) señala que muchas intervenciones efectivas desarrolladas por investigadores en psicología, rara vez se usan en la práctica clínica.

El proceso a través del cuál se comunican los resultados de la investigación a los usuarios potenciales de los mismos, es mejor conocido como, diseminación. La diseminación es el conjunto de actividades realizadas con el propósito de comunicar las innovaciones. Según Rogers (citado en Crosswaite y Curtice, 1994) la diseminación comprende tanto al proceso planeado y sistemático de comunicación, como, al proceso no planeado y pasivo de difusión.

A través de la diseminación se pretende subsanar la brecha existente entre la investigación y la práctica, sin embargo, para lograr esto, se debe rechazar la idea de que este proceso de comunicación puede ocurrir sin un esfuerzo estructurado, y por el contrario se debe adoptar una aproximación planeada y sistematizada de la diseminación a fin de lograr una comunicación efectiva que se traduzca en aplicaciones clínicas del conocimiento (Mattson y Donovan, 1994).

La exigencia de la sociedad de una mejor calidad de atención y restricciones presupuestarias a la investigación- demandan un esfuerzo más comprometido de disseminación de resultados, técnicas y tratamientos avalados empíricamente.

La disseminación es reconocida ahora, como un componente fundamental del proceso de investigación.

Esta tarea no debería recaer únicamente en los investigadores, ya que requiere del compromiso de todos los actores principales en la investigación para la promoción de la salud, entre estos se destacan, los inversionistas que financian los proyectos de investigación, los elaboradores de políticas sanitarias y los practicantes o usuarios de la información derivada de estos.

A pesar de esto, la tarea de disseminar los resultados de la investigación, se ha encomendado a sus propios creadores, los investigadores, debido a la dominante creencia de que nadie mejor que ellos pueden comunicar fielmente las innovaciones resultadas de sus trabajos. Ante esto, el investigador debe comprometerse en la realización de esta tarea y concienciar que para su desarrollo es necesaria la adquisición de habilidades necesarias para un proceso de comunicación efectiva.

Los investigadores deben adquirir un sentido de mayor “responsabilidad”, lo cual implica, la necesidad de asegurar el mejor uso posible de los resultados de la investigación (Crosswaite y Curtice, 1994).

Un aspecto importante dentro del proceso de disseminación, es la comunicación efectiva entre investigadores y usuarios, sin embargo, esta no es una actividad simple, pues existen varias barreras que se interponen en su consecución.

Las estrategias efectivas de disseminación, deben considerar y anticipar, todas aquellas barreras al cambio de estilo de práctica profesional que puedan identificarse en los usuarios potenciales de la información.

Un plan efectivo de disseminación requiere suficientes recursos y tiempo, lo cuál muchas veces no esta presente, por la poca importancia con la que el proceso de disseminación ha sido considerado tanto por los inversionistas que financian la investigación, como, por los investigadores mismos. Por lo tanto, una tarea necesaria para lograr un proceso de disseminación efectivo de la información, es elevar el estatus del proceso de disseminación mismo, una medida a través de la cual esto podría lograrse, es al considerar a la disseminación como un indicador del desempeño del proyecto de investigación, de esta

manera su valor sería altamente acrecentado y se le dedicaría más tiempo y recursos (Crosswaite y Curtice, 1994).

El desarrollo de estrategias efectivas para la diseminación de conocimientos relevantes para la práctica en el campo de la salud, es un paso necesario para cruzar la brecha de la comunicación, esto sólo puede alcanzarse mediante el estudio científico de las mismas. Sin embargo, la investigación acerca del proceso de diseminación, a fin de identificar y promover los medios efectivos para llevarlo a cabo, carece de la atención necesaria (Martínez y cols., 2003).

La investigación del área de la diseminación implica examinar tres planos clave:

- 1) Definir diseminación e identificar las barreras para una diseminación efectiva.
- 2) Describir las audiencias para la investigación en promoción de la salud y definir sus necesidades.
- 3) Identificar estrategias apropiadas para implementar diseminación y promover el uso de la investigación (Crosswaite y Curtice, 1994).

Los estudios reportados que tratan al tema de la diseminación como un aspecto central de investigación son escasos. En México, la investigación en diseminación, al igual que en muchos otros países, es virtualmente nula (Martínez y cols., 2003). Esto ha conducido a que los esfuerzos suscitados en las diversas disciplinas para diseminar la información no sean sistematizados, obedezcan al itinerario tradicional de una difusión pasiva y no planeada de la información, y por consiguiente el impacto en la sociedad sea pobre.

Partiendo de la importancia del proceso de diseminación como un componente indispensable en la investigación científica y en especial en la investigación de intervenciones psicológicas, el presente estudio tuvo como finalidad el describir el proceso de diseminación de un programa de prevención secundaria de corte breve basado en el modelo de Auto-Cambio Dirigido a Bebedores Problema y los resultados obtenidos de su aplicación en Centros de Integración Juvenil.

Este programa de tratamiento, denominado programa de Auto-Cambio Dirigido, es un modelo cognoscitivo-conductual de intervención breve para bebedores con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol. El programa terapéutico se caracteriza por ser una intervención motivacional que emplea procedimientos de autocontrol, análisis funcional de la conducta de beber y la identificación de situaciones individuales de riesgo, para promover un cambio en la conducta de consumo excesivo del individuo.

El programa de Auto-Cambio Dirigido fue desarrollado por científicos en la Addiction Research Foundation, de Toronto, Canadá y fue adaptado por el Dr. Héctor Ayala, y su equipo de colaboradores, en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, para utilizarlo en nuestro país (Ayala y Echeverría, 2001; Echeverría y cols., 2004).

La aplicación de este programa en población mexicana ha demostrado tener resultados satisfactorios. Concordando con los datos obtenidos de la aplicación del programa de Auto-Control Dirigido en poblaciones de bebedores problema en Canadá, lo cual constata la validez transcultural del modelo en nuestra realidad social (Ayala y Echeverría, 2001).

Al estar comprobada la eficacia de este programa para intervenciones en nuestro país, surgió el interés por diseminar este modelo para que pueda ser aplicado en otros escenarios de atención del sector salud.

La importancia de diseminar un programa como este, radica en la posibilidad de dar respuesta al grave problema de salud pública que representa en nuestro país el abuso de bebidas alcohólicas y la dependencia del alcohol. Con su implementación, se atacaría de manera preventiva y se disminuirían los costos que genera este problema a la sociedad y sus efectos en los individuos y sus familias.

Contrariamente a lo que se pensaba, la mayoría de los problemas asociados al consumo de alcohol, no son presentados por los individuos que dependen de este, sino por aquellos que ocasionalmente abusan de él (bebedores problema, a quienes está dirigido el programa). Beber en grandes cantidades mensual o semanalmente sigue siendo el patrón característico de consumo de la población masculina, y cada vez con mayor frecuencia de la femenina.

Esto se asocia con grandes problemas sociales como: accidentes de tráfico y vehículo automotor, violencia familiar y riñas, entre otros.

Lo anterior pone en evidencia, la necesidad de detectar de manera temprana aquellas personas que abusan del alcohol, para detener la evolución de la historia natural de la dependencia y evitar consecuencias más dañinas, mediante la aplicación de intervenciones de corta duración, bajo costo y alta efectividad, enfocadas de manera específica al consumo del alcohol y a las situaciones asociadas al mismo (Echeverría y cols., 2004).

La diseminación de este modelo se ha encaminado a escenarios del sector salud de primer nivel de atención, basándose en las siguientes suposiciones: 1) se tendrá un mayor acceso a población que pueda ser identificada con este problema y por lo tanto se le podrá brindar la atención preventiva

pertinente de manera oportuna, y 2) los agentes que intervienen en estos escenarios (médicos familiares, trabajadores sociales y psicólogos) poseen gran capacidad de influencia en quienes les solicitan ayuda como factores motivadores para el cambio de conducta.

Un primer proceso de diseminación se llevó a cabo en profesionales de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social. La estrategia de diseminación elegida para esta intervención, fue el uso de talleres interactivos acompañado de manuales de capacitación, ambas estrategias son intervenciones de efectividad probada según Bero y cols. (1998).

Los resultados de la evaluación de este proceso de diseminación, concluyen, que los talleres interactivos resultan una herramienta efectiva para diseminar el programa de Auto-Cambio Dirigido en los escenarios de las clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social, logrando convertir a los profesionales de la salud en agentes de cambio al adoptar las innovaciones psicológicas (Martínez y cols., 2003).

El presente estudio es una investigación de corte descriptivo, a través de la cuál, se detalló el desarrollo del proceso de diseminación de este modelo pero en los escenarios de los Centros de Integración Juvenil y los resultados obtenidos de su aplicación práctica.

Debido a que el alcance de esta investigación es plenamente descriptivo, no se formularon hipótesis por comprobar, ni hubo manipulación deliberada de variables (Hernández y cols., 2006).

El estudio constituye la fase final del Sub-programa número tres “Diseminación del Programa de Prevención Secundaria para Bebedores Excesivos de Alcohol en Instituciones de Atención a la Salud en Comunidades Urbanas y Rurales en México”, del proyecto de investigación “Desarrollo y Evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales en México”, financiado por el CONACYT.

Se empleó un diseño no experimental, transeccional, descriptivo. El análisis comprendió dos fases, con muestras elegidas no probabilísticamente.

La primera fase consistió en la recuperación y análisis de los puntajes obtenidos en el “*Instrumento de Conocimientos acerca del Modelo*” y el “*Instrumento de Intereses para participar en el programa de prevención en el área de adicciones*”, por 18 psicólogos de Centros de Integración Juvenil capacitados en el modelo en el año 2003. Los psicólogos fueron evaluados antes y después de la capacitación. La información recabada se sujeto a un análisis estadístico inferencial a través de la prueba t de student para grupos

correlacionados, con la finalidad de identificar si existían o no diferencias significativas entre los puntajes.

El proceso de capacitación corrió a cargo de investigadores de la Facultad de Psicología de la UNAM expertos en el modelo, comprendió las mismas estrategias usadas para la diseminación en el Instituto Mexicano del Seguro Social, es decir, se implementó un taller de capacitación apoyado de un manual.

Para la segunda fase del estudio, se contactaron a terapeutas de CIJ capacitados en el modelo, participantes de la muestra de la fase uno de este estudio, tres años después del proceso de diseminación-capacitación, para ser entrevistados. La muestra de terapeutas de Centros de Integración Juvenil entrevistados fue de 18, 14 de estos profesionales participaron en el proceso de capacitación externo a CIJ, impartido por expertos de la Facultad de Psicología de la UNAM. Los cuatro profesionales restantes fueron capacitados en el proceso de capacitación interna siguiendo las pautas de la capacitación original, impartido por profesionales de CIJ egresados del proceso de capacitación externa. Se usaron entrevistas semi-estructuradas para conocer y analizar la percepción de los terapeutas acerca del proceso de diseminación, del modelo y los resultados obtenidos del mismo. Para este último punto se procedió a la captura y análisis de los expedientes clínicos de los usuarios atendidos con el modelo.

La información recabada se sujetó a un análisis estadístico de tipo descriptivo, a partir del cual se obtuvo una visión comprensiva del proceso de diseminación y adopción del modelo en CIJ y los resultados obtenidos de su aplicación.

Planteamiento del Problema y Justificación.

El presente estudio tiene la intención de contribuir en el desarrollo de la investigación acerca del proceso de diseminación. La poca investigación acerca de este componente fundamental del proceso de investigación, muchas veces limita la transición del conocimiento empírico a la práctica en escenarios reales.

Estudios más focalizados hacia la diseminación, ayudarán a vislumbrar las estrategias más efectivas para la comunicación de conocimientos y su posible traducción en aplicaciones clínicas que den una respuesta más eficaz a las necesidades de la sociedad.

En el contexto de las conductas adictivas, y en específico en el consumo excesivo de alcohol, resulta necesario que se incorporen tratamientos desarrollados con bases empíricas en programas de atención, y que se evalúe su efectividad en escenarios reales, esta urgencia responde a los altos costos que significa para la sociedad las consecuencias de este problema.

Por todo lo anterior, la presente investigación describe el proceso de diseminación de un programa de prevención secundaria de corte breve basado en el modelo de Auto-Cambio Dirigido a Bebedores Problema y los resultados obtenidos de su aplicación en Centros de Integración Juvenil.

Las preguntas de investigación que delinearon la realización de este estudio fueron las siguientes:

- ¿Cómo percibieron los terapeutas de los Centros de Integración Juvenil las estrategias usadas para la diseminación del programa de Auto-Cambio Dirigido?
- ¿Fue efectiva la diseminación a través de los talleres de capacitación en esta población?
- ¿Qué factores facilitaron el proceso de diseminación?
- ¿Qué factores obstaculizaron el proceso de diseminación?
- ¿Qué resultados se obtuvieron de la aplicación del programa en los escenarios de los Centros de Integración Juvenil?

Objetivos.

Los objetivos del presente estudio fueron:

- Describir el proceso de diseminación del modelo de Auto-Cambio Dirigido a Bebedores Problema en el grupo de terapeutas de los Centros de Integración Juvenil.
- Conocer y analizar la percepción de los terapeutas acerca del proceso de diseminación del modelo
- Identificar factores que obstaculizaron el proceso de diseminación.
- Identificar factores que facilitaron el proceso de diseminación.
- Describir los resultados obtenidos de la aplicación del modelo con usuarios de los Centros de Integración Juvenil.
- Ofrecer información para contribuir a investigaciones posteriores sobre la diseminación de hallazgos de la investigación en el ámbito de la salud.

Importancia del Estudio.

La relevancia de la presente investigación, radica en acceder al conocimiento de un tema poco explorado, pero muy importante como es el proceso de diseminación. A través de este estudio, se analizó la naturaleza de este proceso, sus limitantes y las estrategias más efectivas para lograr su ejecución, no sólo a partir de la literatura existente sobre el tema, sino también, con el estudio de un proceso de diseminación real.

El estudio de este proceso de diseminación real, contribuye no sólo a efectos del tema de la diseminación, también arroja descubrimientos importantes en el marco de la intervención psicológica en las conductas adictivas, con resultados relacionados al grado de efectividad del modelo de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema.

Así, la presente investigación posee no sólo relevancia científica, al contribuir con conocimientos que permitirán un manejo más responsable de las aportaciones de la investigación, al concienciar la necesidad de asegurar el mejor uso posible de las mismas y motivar hacia un esfuerzo activo, sistemático y planificado de comunicación de la información, también, posee relevancia humana, al apoyar en el conocimiento de intervenciones psicológicas eficaces para auxiliar a los bebedores problema, quienes representan grandes costos para el sector de salud pública en México.

Limitaciones Del Estudio.

Dado que el método de investigación utilizado es de corte descriptivo y el tamaño de la muestra a la que se tuvo acceso no es representativa, no es viable generalizar los resultados a poblaciones más amplias.

Definición de Términos.

Brecha entre la investigación y la práctica: Distanciamiento percibido entre el ámbito de la investigación y la práctica en el sector salud, esta puede deberse a la dificultad en generar conocimiento útil para la práctica o imposibilidad de implementar en la práctica el conocimiento relevante para la práctica ya generado (Thamlikitkul, 2006)

Investigadores: Protagonistas del ámbito experimental, en el presente estudio también se les referirá como proveedores o emisores de la información o innovación.

Proveedores de servicios: Todos aquellos profesionales protagonistas del ambiente práctico, que dan atención con la finalidad de promover la salud (trabajadores sociales, médicos, psicólogos, elaboradores de políticas sanitarias, etc.). En el presente estudio también se les referirá como adoptadores o usuarios de la innovación, receptores de la información, audiencia blanco.

Diseminación: Se entenderá por diseminación al proceso planeado y sistemático de comunicación de los resultados de la investigación a los usuarios potenciales de los mismos (Basch y cols, citado en Crosswaite y Curtice, 1994).

Tecnología: Conjunto de técnicas o conocimientos. Muchas innovaciones son denominadas de esta manera (Rogers, 1995).

Talleres Interactivos: Estrategia de diseminación con efectividad probada, que se caracteriza por un encuentro generalmente breve, en dónde participan profesionales expertos como facilitadores del aprendizaje y brindan de primera mano a los participantes la información derivada de la investigación a través de diversas metodologías didácticas.

Manuales de Capacitación: Estrategia de diseminación con efectividad probada, que consiste en un material escrito en el que se recoge lo fundamental de una materia, en este caso, la información primordial para dar a conocer y capacitar a los participantes del taller en la intervención a través del programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores problema.

Programa de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema. Modelo cognoscitivo-conductual de intervención breve para bebedores con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol (Ayala y Echeverría, 2001).

Bebedores Problema: Un bebedor problema es aquella persona que tiene problemas identificables cuando consume alcohol, pero no ha experimentado los síntomas mayores de abstinencia de alcohol (Ortega, 2000; Echeverría y cols., 2004; Sobell y Sobell, 1993).

Copa o trago estándar: Equivale a 12 centímetros cúbicos de etanol (Echeverría y cols., 2004)

Consumo moderado de alcohol: Va de uno a cuatro tragos estándar (Echeverría y cols., 2004).

Consumo excesivo de alcohol: Va de cinco a nueve tragos estándar (Echeverría y cols., 2004).

Consumo muy excesivo de alcohol: Cuando iguala o excede los diez tragos estándar (Echeverría y cols., 2004).

Centros de Integración Juvenil (C. I. J). Asociación Civil no lucrativa, incorporada al Sector Salud, trabajando en prevención, tratamiento, rehabilitación, capacitación e investigación de la farmacodependencia (www.cij.gob.mx).

CAPÍTULO I INVESTIGACIÓN PARA LA PRÁCTICA

Un aspecto que recientemente ha cobrado gran interés de estudio entre los investigadores, es la brecha existente entre la investigación y la práctica, específicamente en el campo de la salud. Estos dos ámbitos se conciben escindidos y no generan el lazo deseado entre el conocimiento y la acción.

Thamlikitkul (2006), clasifica la brecha en dos categorías: (1) brecha en cuanto a la generación de conocimiento útil para la práctica, y (2) brecha en cuanto a la implementación del conocimiento relevante para la práctica ya generado.

Por mucho tiempo, la investigación en las ciencias de la salud fue percibida como una actividad poco responsiva ante las necesidades de los proveedores de servicios de salud y de los usuarios de los mismos. Los tratamientos o intervenciones basadas en la investigación, se percibían muy complejas y costosas para la práctica en escenarios clínicos, no aplicables para todos los pacientes y no compatibles con el largo sistema de atención a la salud (McCarty y cols., 2006).

Esta percepción, llevó a los proveedores de servicios a basarse en su propia experiencia y en la de sus compañeros de trabajo para tomar decisiones respecto a como intervenir en sus escenarios laborales (Shanley y cols., 1996).

Los investigadores y los proveedores de servicios, operan como dos grupos diferenciados con expectativas y concepciones distintas de un “tratamiento eficaz”. La relación entre ellos suele ser distante y poco cooperativa, ya que se rigen bajo distintas culturas, agendas y prioridades (Shanley y cols., 1996).

Por un lado, los investigadores están preocupados por desarrollar intervenciones eficaces y metodologías rigurosas para probarlas (Mattson y Donovan, 1994). Su meta última ha sido la publicación de los hallazgos de sus investigaciones en revistas científicas, posterior a esto no dedican tiempo a la comunicación activa de estos conocimientos a audiencias más amplias y por consiguiente fallan en su responsabilidad de asegurar el mejor empleo posible de ellos en la práctica clínica. La gran mayoría de los proyectos de investigación financian a los investigadores hasta la fase de obtención de resultados y para la posterior diseminación de los mismos no se cuenta con los recursos adecuados (Shanley y cols., 1996; Crosswaite y Curtice, 1994; Martin y cols., 1998).

En el otro extremo, los proveedores de servicios, están preocupados en identificar las intervenciones apropiadas para su clientela y a la vez lidiar con un puñado de asuntos prácticos y políticos

dictados por la dependencia en que laboran que dan pauta al tipo de intervenciones que pueden ofrecer. (Mattson y Donovan, 1994).

Actualmente, los servicios de atención a la salud se vieron sumergidos en la cultura de certificación de calidad, definiendo calidad en términos empíricos. Se exigen buenos resultados y evidencia tangible y objetiva de ellos. A partir de esta visión, surge el término de “medicina basada en evidencia”, el cual podría generalizarse a las demás ciencias que buscan la promoción de la salud integral del ser humano, encontrándose allí el campo de la atención psicológica (Hayes, 1998; Hayward y cols., 1996).

Se desarrolla entonces, una nueva perspectiva para la realización de la investigación, “investigación para la práctica”, la cual pretende una integración del ámbito experimental y el práctico.

La investigación para la práctica, se refiere al proceso de desarrollar preguntas de investigación apropiadas basándose en los requerimientos del escenario práctico, diseminar los resultados de tal investigación a las audiencias de potenciales interesados en la misma y finalmente aplicar esos descubrimientos a la práctica clínica (Sterling y Weisner, 2006).

Para el éxito de este proceso se requiere el trabajo conjunto de todos los pilares del proceso de promoción de la salud, comprendido por investigadores, proveedores de servicios, elaboradores de políticas sanitarias y los usuarios de los servicios mismos. Creando lazos de conocimiento, sensibilización y empatía ante las necesidades de cada sector.

La integración de la investigación y la práctica permitirá que los investigadores, sensibles a los aspectos clínicos, entiendan que los recursos son limitados en la mayoría de los escenarios clínicos y que intervenciones simples serán más útiles y apreciadas. Los proveedores de servicios, a su vez, apreciarán el valor de técnicas estandarizadas y los beneficios de la recolección de datos (McCarty y cols., 2006).

A través de esta modalidad de investigación, se pretende hallar respuesta a las dificultades y desafíos identificados en la práctica, al crear tratamientos con evidencia empírica de eficacia, sustentados en un marco científico, que terminen con la tradición que prevalece en los servicios de atención a la salud y específicamente en los de atención psicológica, en donde el desempeño de los profesionales se caracteriza por un eclecticismo fundado en el ensayo y error, más que en los hallazgos derivados de la investigación, fallando muchas ocasiones en satisfacer las necesidades del paciente (Martínez y cols., 2003; McCarty y cols., 2006).

Situación paradójica para la Psicología que luchó por años para consolidarse como una ciencia, cuya meta ha sido formar profesionales que pudieran integrar los métodos de la investigación con la práctica clínica para producir nuevos conocimientos (Barlow citado en Martínez y cols., 2003).

El bajo rango de adopción de intervenciones que han demostrado efectividad en el escenario científico, responde a la poca familiaridad de los proveedores de servicios con este tipo de tratamientos, los cuales hacen uso de medidas objetivas para monitorear el progreso de sus pacientes. Usualmente su práctica esta definida por tratamientos sin ningún sustento científico ni evaluación objetiva de progreso durante el tratamiento (Persons, 1997; Hayes, 1998).

Sobell (1996) afirma que las investigaciones apoyadas científicamente, son sinónimo de alta calidad del producto obtenido.

En el ámbito de la psicología, ha sido la terapia conductual la que ha realizado un trabajo destacado al desarrollar intervenciones efectivas, avaladas empíricamente, para numerosos desórdenes y problemas clínicamente importantes (Persons, 1997).

La terapia conductual siempre ha estado comprometida en la demostración de eficacia en sus tratamientos.

A pesar de lo urgente que resulta la creación y utilización de tratamientos con evidencia empírica de efectividad, el determinar la eficacia o efectividad de un tratamiento es una cuestión compleja.

En una primera etapa, se refería como *eficacia*, al establecimiento no ambiguo de la relación entre la implementación de una técnica o aproximación y los resultados obtenidos en una población definida (Hayes, 1998). La intervención sería eficaz en poblaciones definidas del mundo real si la implementación del tratamiento era adecuada y respetaba fielmente lo establecido en los protocolos.

Esta visión sobre la eficacia de un tratamiento tuvo que reemplazarse por una perspectiva más flexible y comprehensiva, ya que en el mundo real es difícil que los proveedores de servicios adopten y se desempeñen bajo el protocolo estricto de un tratamiento y por lo tanto el medir la eficacia de un tratamiento a través de esta postura era prácticamente imposible.

Una postura más realista se logró, bajo el rótulo de *tratamientos efectivos*, que consideraban más variables que la mera implementación puntual del tratamiento. Esta nueva visión contempla, dentro de la definición de efectividad, el logro de la aceptabilidad clínica, la aceptabilidad por parte de los clientes y la aplicabilidad dentro del sistema. Aquí la efectividad será definida bajo el establecimiento no ambiguo

de la relación entre la diseminación de una técnica o una aproximación y su impacto clínico (Hayes, 1998).

La diferencia entre ambas posturas es sutil, sin embargo resulta muy importante y con gran valor pragmático para la evaluación de la efectividad de los tratamientos. Este enfoque enfatiza el entrenamiento en la tecnología y no el uso de la misma. La mejora en los servicios de atención, es decir, el impacto en el escenario clínico, será consecuencia del entrenamiento que recibieron los terapeutas o proveedores en un tratamiento específico y no en la aplicación rígida y exacta del mismo. Se presume que el impacto clínico se debe a algún cambio comportamental importante en el terapeuta o proveedor de servicios resultante del entrenamiento o la diseminación de cierta técnica, sin importar si aplica o no cabalmente tal intervención.

Bajo este enfoque se adopta una postura más flexible y compatible con las complejidades del escenario clínico real, en dónde el uso de los tratamientos es dinámico y combinatorio.

Se decide diseminar un tratamiento cuando ha demostrado un grado aceptable de efectividad en pruebas clínicas aleatorias y en series de casos clínicos (Persons, 1997).

Los tratamientos psicológicos provistos por los centros de atención deberían demostrar efectividad a fin de que su uso y mantenimiento se justifique (Hayward y cols., 1996).

A pesar del gran esfuerzo en términos de tiempo y recursos económicos destinados a la creación de tratamientos con evidencia empírica de efectividad, se ha observado un decepcionante rango de adopción por parte de los proveedores de atención.

Miller y Hester (citados en Shanley y cols., 1996; Martin y cols., 1998), realizaron una gran revisión de artículos publicados en el área de alcohol y otras drogas, encontrando una gran cantidad de información disponible y clínicamente relevante, también encontraron que muy poca de esa información había sido incorporada en los programas de salud en curso.

Hasta este punto se ha logrado estrechar la brecha que separa la investigación de la práctica, en cuanto a la generación de conocimientos relevantes para la misma, ahora el desafío radica en derribar la brecha que impide la implementación de estos conocimientos en los escenarios clínicos. Esto último ha centrado sus expectativas en el estudio y la implementación de diversas estrategias de diseminación.

A lo largo de la década pasada, los investigadores y proveedores se han esforzado para promover un ambiente que conduzca a una vigorosa transferencia de tecnología (Sterling y Weisner, 2006). A pesar de estos esfuerzos, existe aún la preocupación de que mucho del creciente conocimiento de

tratamientos psicológicos efectivos alcanzado, no ha podido abrirse paso dentro de la práctica clínica (Kanouse y cols., 1995).

Del proceso de diseminación, dependerá si se alcanza la meta de mejorar la calidad de los servicios de salud.

Las más efectivas y cuidadosamente formuladas guías de tratamiento, empíricamente sustentadas, tendrán un efecto nulo en los servicios de atención a la salud, si no se comunican a la audiencia pertinente y se le convence de las ventajas y necesidad de su implementación en los escenarios clínicos.

CAPÍTULO II EL PROCESO DE DISEMINACIÓN

2.1 Definición de diseminación

Actualmente no existe una definición de diseminación ampliamente aceptada, la nomenclatura tiende a cambiar a partir de la disciplina en que se conciba.

Basch y cols. (citados en Crosswaite y Curtice, 1994) hacen una distinción entre el proceso pasivo de la difusión y el proceso más activo de la diseminación, dónde los usuarios potenciales de la innovación son buscados.

Por otra parte, Rogers (1995), concibe a la difusión y la diseminación como términos intercambiables. El proceso de diseminación incluye al esparcimiento de nuevas ideas tanto de forma espontánea como planeada.

La definición que Rogers da de diseminación, es la siguiente, “diseminación es el proceso en el cuál se comunica una innovación, a través de ciertos canales durante el tiempo entre los miembros de un sistema social” (Rogers, 1995, pp. 5).

Para Rogers, la diseminación es un tipo especial de comunicación, en la cuál el mensaje que se comunica concierne a nuevas ideas, es la novedad del mensaje lo que la distingue de otros tipos de comunicación.

Se renuncia a la tradicional concepción de la comunicación como un evento lineal donde el emisor busca al otro para transferirle cierto mensaje y de esta manera alcanzar ciertos efectos y se adopta una visión de este proceso como un intercambio bidireccional de información, sin el cuál difícilmente se alcanzan los efectos deseados. En el caso de la transferencia de tecnologías psicológicas, los investigadores y proveedores de servicios son los participantes interactivos en el proceso de comunicación.

La diseminación es considerada también un tipo de cambio social, definido como, el proceso por el cual ocurre una alteración en la estructura y funcionamiento de un sistema social. Cuando nuevas ideas son inventadas, difundidas, y adoptadas o rechazadas, llevando a ciertas consecuencias, ocurre un cambio social (Rogers, 1995, pp.6).

A pesar de que todos los procesos de diseminación son importantes, para motivos de la presente investigación, el énfasis recae principalmente en aquel proceso de diseminación encaminado a impactar

con información relevante a la práctica, a una audiencia de proveedores de atención a la salud, especialmente información concerniente a aquellas prácticas que llevan a mejores resultados.

En este caso la efectividad del proceso de diseminación, será medida en términos de la producción de un cambio en una dirección normativamente deseable (por ejemplo, mejores resultados para los consumidores de la atención a la salud).

2.2 Elementos del proceso de diseminación.

Con base a la definición que dispone Rogers, se pueden distinguir cuatro elementos esenciales del proceso de diseminación de las innovaciones: (1) La innovación, (2) La comunicación, (3) El tiempo, y (4) El sistema social.

2.2.1 La Innovación

Rogers define una innovación como “una idea, práctica u objeto que es percibido como novedoso por un individuo u otra unidad de adopción” (Rogers, 1995, pp. 12).

La cualidad de novedad no responde a una medida objetiva de tiempo ya sea de surgimiento o primer uso, más bien se desprende de la percepción subjetiva del individuo, ya sea que le resulte novedosa por que es la primera vez que tiene conocimiento acerca de la misma, o la primera vez que lo persuaden de emplearla o la primera vez que la empleará (Cimadevilla, 1998).

De las características de la innovación y del contexto de potencial adopción, dependerá si es deseable o no su diseminación.

Las características de las innovaciones que son percibidas por los adoptadores e influyen en el proceso *innovación-decisión*, son las siguientes:

- a) ***Ventaja relativa*** sobre una idea predecesora.
- b) ***Compatibilidad*** con los valores existentes, las experiencias pasadas y las necesidades de los potenciales adoptadores.
- c) ***Complejidad***: Las nuevas ideas que son más simples de entender, son adoptadas más rápidamente que aquellas que requieren que el adoptador desarrolle nuevas habilidades y entendimientos.

- d) **Divisibilidad:** Flexibilidad de la innovación para ser probada brevemente y no necesariamente en su totalidad.
- e) **Observabilidad** de los resultados

A través de diversos estudios que evaluaron la implementación de tecnologías diseminadas, se descubrió que en algunas ocasiones habían sido aplicadas con ciertas variantes de su original. A este proceso se le llama “re-inención”, y se define como, “el grado en que una innovación es cambiada o modificada por un usuario en el proceso de adopción o implementación” (Eveland y cols. citados en Rogers, 1995).

Se ha observado que los adoptadores están interesados en esculpir una innovación que embone en su contexto particular y cubra sus necesidades, de esta manera, se infiere que aquellas innovaciones que son flexibles y permiten ser re-inventadas por quienes las adoptan, serán más rápidamente adquiridas (Rogers, 1995; Hayes, 1998; Rosemberg, 1992).

El segundo elemento a contemplar en el proceso de diseminación, después del desarrollo y las características de la innovación, es la comunicación, actividad necesaria si se quiere que esta nueva información sea esparcida.

2.2.2 La Comunicación

La esencia del proceso de diseminación es el intercambio de información a través del cuál un individuo comunica una nueva idea a otro u otros.

En su forma más elemental, este proceso involucra: (1) Una innovación; (2) Un individuo que posea el conocimiento de o halla experimentado usando la innovación; (3) Otro individuo que aun no posee conocimiento o experiencia con la innovación, y (4) Un canal de comunicación que conecte a ambas unidades.

Un canal de comunicación es el medio por el cual los mensajes llegan de un individuo a otro (Rogers, 1995).

Existen varios tipos de canales de comunicación, entre los más significativos se encuentran:

- **Medios de comunicación masivos:** Son usualmente los medios más rápidos y eficientes para informar acerca de la existencia de una innovación a una audiencia de potenciales adoptadores. Incluyen a medios masivos como el radio, el periódico, revistas populares y científicas, la televisión, etc. Y tienen la capacidad de alcanzar una gran audiencia.

- **Canales Interpersonales:** Involucran un intercambio de información cara a cara entre dos o más individuos. Aunque tienen un menor alcance en cuanto a número de audiencia, resulta más efectivo en persuadir a un individuo a aceptar una nueva idea (Robinson y cols., 2005). Este resultado se maximiza cuando la comunicación se da entre personas similares en cuanto a aspectos importantes como estatus socioeconómico, educación, entre otros (Kanouse y cols., 1995). Para la audiencia de proveedores de servicios en el ámbito de la salud, resultan canales de comunicación muy adecuados, ya que por las características de su agenda de trabajo, en ocasiones es difícil que se enteren de las innovaciones por otros medios (Martin y cols., 1998)
- **Comunicación interactiva:** Vía Internet, cada día toma mayor relevancia. Y aún no se ha evaluado en cuanto a su grado de efectividad.

Algunas investigaciones acerca de la difusión muestran que la mayoría de los individuos no evalúa una innovación en base a los estudios científicos de sus resultados, en vez de esto, la mayoría de la gente toma sus decisiones en base a evaluaciones subjetivas de una innovación que les son ofrecidas por individuos similares a ellos que ya han adoptado la innovación (Rogers, 1995; Kanouse y cols., 1995).

Estos descubrimientos sugieren que la esencia del proceso de disseminación esta alimentada del modelado e imitación por parte de potenciales adoptadores de aquellos compañeros que previamente adoptaron la innovación.

La transferencia de ideas ocurre con mayor frecuencia entre dos individuos que son similares, u “homófilos”, denominados así por Rogers (1995). La comunicación entre individuos parecidos y que pertenecen a un mismo grupo, tiende a ser más efectiva, ya que comparten significados comunes y un mutuo lenguaje subcultural, son parecidos en características personales y sociales y todo esto en conjunto se traduce a mayores efectos en cuanto a ganancia de conocimiento, formación, cambio de actitud y cambio conductual.

Sin embargo, uno de los obstáculos más grandes dentro del proceso de difusión es que pocas veces existe una relación homófila entre los componentes de la interacción, prevalece un clima de heterofilia (diferencia) entre el investigador, quién provee la innovación y el potencial receptor de la misma, que podría ser el proveedor de servicios de salud.

En la praxis, una innovación se expande a mayor velocidad cuando coincide una heterofilia cognoscitiva, o basada en la experiencia, frente a una homofilia posicional sociodemográfica.

2.2.3 Tiempo

Para Rogers, el elemento tiempo se ve reflejado en el proceso innovación-decisión. Es el proceso a través del cual un individuo pasa por cinco pasos esenciales que lo conducirán a elegir entre la adopción de la innovación o su rechazo. Los pasos son los siguientes:

1. El primer conocimiento de la innovación
2. Persuasión, en la cual se forma una actitud hacia la innovación
3. Decisión de adoptar o rechazar la innovación
4. Implementación y uso de la nueva idea
5. Confirmación de su decisión.

El proceso innovación-decisión, puede conducir a la adopción, que es la decisión de emplear totalmente la innovación como la mejor ruta de acción disponible, o el rechazo, que es la decisión de no adoptar la innovación.

Estas decisiones pueden revertirse más adelante. Por ejemplo, la “discontinuidad” es la decisión de rechazar una innovación después de haber sido previamente adoptada (Rogers, 1995). Esto puede ocurrir a raíz de la insatisfacción de un individuo con la innovación o por el reemplazo de la innovación por una idea mejorada. También es posible que un individuo adopte tardíamente una innovación tras haberla rechazado con anterioridad.

El grado de adopción para las innovaciones, variará por diversos factores:

1. Las características de la innovación.
2. El grado de innovación de los individuos, es decir, que tan pronto o tarde un individuo adopta una innovación.
3. Las características del sistema social en el cual se ha diseminado la innovación

2.2.4 El sistema social

Un sistema social se define, según Rogers (1995, pp.23), como, un conjunto de unidades interrelacionadas comprometidas en una solución de problemas conjunta para lograr una meta común.

En el ámbito de la salud, el sistema está compuesto por múltiples unidades (investigadores, proveedores de atención, usuarios, elaboradores de políticas, financiadores, etc.) cada una con expectativas y roles distintos, pero todo el conjunto busca una meta común que es mejorar la calidad de los servicios de atención a la salud (Sterling y Weisner, 2006).

La diseminación de una innovación ocurre dentro de un sistema social, la estructura y normas de tal sistema, afectará el proceso de difusión de distintas maneras, constituyendo los límites dentro de los cuáles se desarrollará esta actividad.

2.2.4.1 La estructura social y la difusión.

Dentro de un sistema social existe una estructura que limita el comportamiento de los individuos, hasta cierto punto.

La estructura de un sistema no está constituida únicamente por el aspecto formal, de posiciones jerárquicas, obligaciones y roles dictados por los puestos desempeñados, también existe dentro de los sistemas sociales una estructura informal, establecida en las redes interpersonales, dictando quien interactúa con quién y bajo que circunstancias (Valente, 1995).

2.2.4.2 Las normas del sistema y la diseminación

Las normas de los sistemas sociales tienen gran importancia en el proceso de diseminación, ya que llegan a afectar el rango de adopción de las innovaciones.

Las normas de un sistema pueden en algunas ocasiones representar una barrera al cambio, o en otras circunstancias pueden promoverlo.

2.2.4.3 Sistemas de enlace: Líderes de opinión y Agentes de cambio

A fin de lograr no sólo la transferencia, sino también el desarrollo y uso, de prácticas y programas innovadores en el ámbito de la promoción de la salud, se ha recomendado el uso de sistemas de enlace.

Los sistemas de enlace son definidos como interacciones entre investigadores o creadores de la innovación y los potenciales usuarios de la misma (proveedores de servicios y elaboradores de políticas) (Robinson y cols., 2005).

Los jugadores clave dentro de un sistema de enlace, incluyen: (1) miembros del grupo fuente (investigadores, instructores); (2) miembros del grupo de usuarios del ámbito de la salud (elaboradores de políticas a nivel local o regional, practicantes clínicos o proveedores de servicio); y, (3) facilitadores, quienes juegan un rol clave al asistir las actividades de unión e intercambio (líderes de opinión y agentes de cambio) (Robinson y cols., 2005). (Ver fig. 1).

2.2.4.3.1 Líderes de opinión

Son miembros del sistema social en donde se diseminará la innovación. Su función será proveer de información y alertar a otros muchos miembros del sistema acerca de innovaciones.

Esta forma de liderazgo es informal, y no consiste en una función de la posición o estatus formal de un individuo dentro del sistema.

El liderazgo de opinión, se obtiene y mantiene a través de la competencia técnica del individuo, la accesibilidad social (son el centro de la red de comunicación interpersonal), y la conformidad con las normas del sistema.

Un líder de opinión sirve como modelo para el comportamiento de sus seguidores en cuanto a la adopción de innovaciones, es el eslabón de homofilia entre los proveedores de información y los receptores de la misma (Duggan y Banwell, 2004).

La investigación en el ámbito de la diseminación, sugiere que el rol de los líderes de opinión es de persuadir, más que de informar, la teoría socio-cognitiva argumenta que la importancia de los líderes de opinión radica en el modelado del comportamiento adecuado para sus pares (Duggan y Banwell, 2004).

2.2.4.3.2 Agentes de Cambio

Los agentes de cambio son otro tipo de individuos que influyen en el sistema social, son profesionistas que representan agencias externas de cambio para el sistema.

Los agentes de cambio son individuos que influyen el proceso innovación-decisión del cliente (proveedores de servicios y elaboradores de políticas) en una dirección considerada como deseable por una agencia de cambio externa (investigadores o creadores de la innovación). Los agentes de cambio frecuentemente usan a los líderes de opinión como sus comisionados en las actividades de difusión dentro de un sistema.

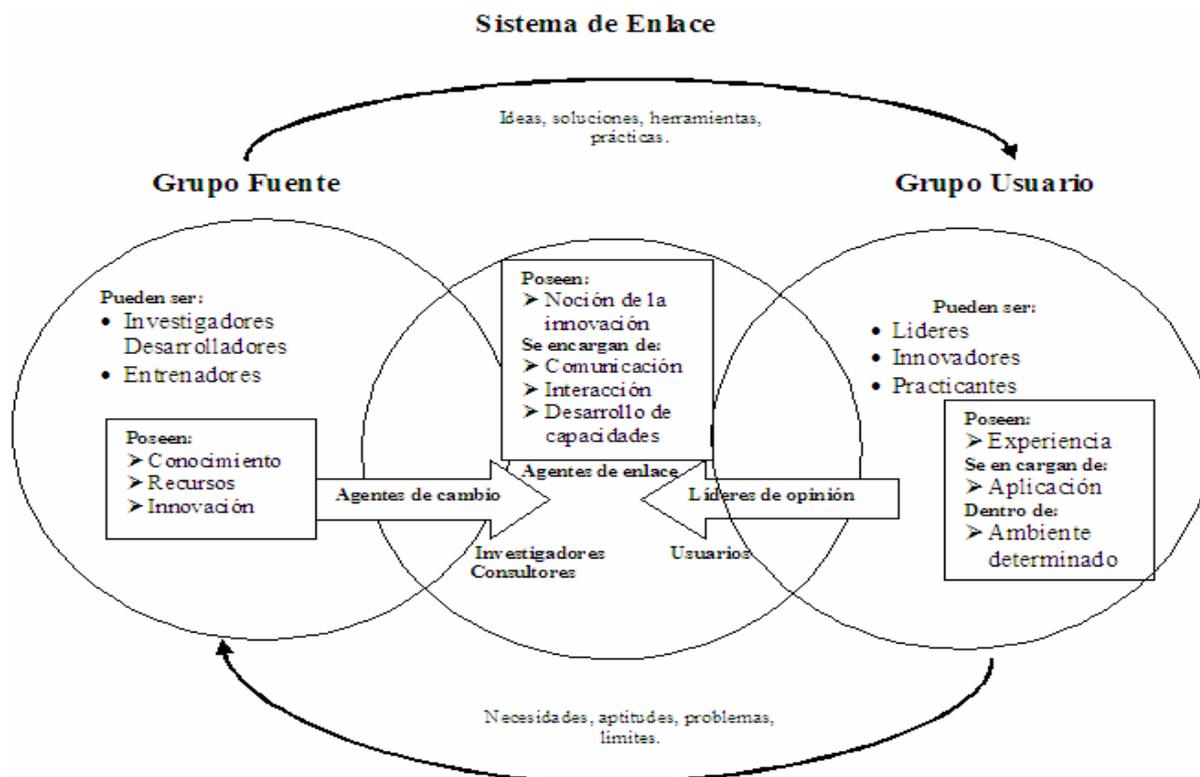


Fig. 1. Sistemas de enlace.

2.3 Tipos de innovación-decisión.

La decisión para rechazar o adoptar una innovación puede darse de diversas formas:

1. **Innovaciones-decisiones opcionales:** Hechas por un individuo de manera independiente de las decisiones de otros miembros del sistema. El modelo clásico de difusión se basaba en este tipo de toma de decisiones, más recientemente el espectro del paradigma de difusión ha incluido las innovaciones-decisiones colectivas y autoritarias.
2. **Innovación-decisiones colectivas:** Hecha por consenso entre los miembros de un sistema. Todas las unidades del sistema usualmente se deben de conformar a la decisión de la mayoría del sistema una vez que fue tomada.
3. **Innovación-decisiones autoritarias:** Hechas por relativamente pocos individuos en un sistema quienes poseen poder, estatus o experticia técnica. Un miembro individual del sistema tiene poca o ninguna influencia en la innovación-decisión autoritaria; el o ella simplemente implementa la decisión una vez que esta fue tomada por la autoridad. Kanouse y cols. (1995)

afirman que el cambio en la conducta de los miembros del sistema social en que se da este tipo de decisión es inmediato, sin embargo responde a una decisión de conformidad y no a un cambio actitudinal, por lo tanto, no asegura su permanencia a través del tiempo. Generalmente, el rango de adopción más rápido se deriva de las decisiones autoritarias.

2.4 El paradigma de diseminación de la información

Tradicionalmente se consideraba a los proveedores como consumidores activos de la nueva información, quienes quieren permanecer actualizados en lo concerniente a su práctica y dedican tiempo y esfuerzo para entender las implicaciones clínicas de los nuevos descubrimientos de la investigación en salud.

Se asumía a partir de esta visión que cuando los proveedores encuentran información que sugiere el beneficio de cambiar su práctica actual, ellos están dispuestos a hacerlo.

Dentro de este paradigma tradicional, la diseminación sólo consistiría en poner la información precisa en manos de los proveedores de una manera oportuna, lo demás pasaría por sí solo.

Esta concepción del proceso de cambio en los proveedores de servicios, los considera como poseedores de una competencia fundamentada en la lógica y la racionalidad.

En años recientes, principalmente debido al constante fracaso para encontrar un cambio dónde se esperaba que ocurriera después de diseminar innovaciones, investigadores cuestionaron la pertinencia del paradigma tradicional y se generó una perspectiva alternativa del comportamiento de los proveedores de atención a la salud dentro del proceso de toma de decisiones en cuanto al tratamiento a emplear (Kanouse y cols., 1995).

En este nuevo paradigma, se contempla a los proveedores, como personas que tienden a resolver problemas y tomar decisiones en el ejercicio práctico de su profesión a través del uso de estrategias que les han resultado efectivas en base a su experiencia, relacionando automáticamente una situación nueva con una instancia previa. Esta forma de proceder, no siempre obedece a las normas de la lógica y la razón.

A partir de esta nueva perspectiva del comportamiento de los proveedores, una diseminación efectiva, que intente provocar un cambio en el comportamiento, no sólo debe proveer de información

relevante y creíble, también debe encargarse de romper con una cadena de asociaciones muy bien establecida y previamente reforzada que se ha tornado en una acción semiautomática.

También deberá reconocerse que la estrategia más efectiva para lograr un cambio variará dependiendo del comportamiento a cambiar, la tecnología involucrada, el tipo de proveedores de atención a la salud, y el escenario en el que el cambio es promovido.

Los investigadores que deseen promover el uso de tratamientos derivados del ámbito experimental, deben trabajar para entender el contexto en dónde se llevará a cabo la aplicación del mismo, a fin de crear y poner en marcha estrategias sistemáticas que incrementen una transferencia exitosa de la innovación (Martin y cols., 1998).

2.5 Propuesta de un modelo de diseminación activa

Martin y cols. (1998), propusieron un modelo de diseminación de tratamientos científicos para la atención de adicciones, desarrollado bajo este nuevo paradigma de la diseminación de la información.

El modelo comprende diversas estrategias sistemáticas para promover el uso de programas de intervención temprana en el sistema de tratamiento para las adicciones.

El modelo se basa en los principios de la mercadotecnia social y la teoría clásica de la difusión, cuyo principal representante es Rogers.

La mercadotecnia social es una aproximación orientada al consumidor para la diseminación de nuevas ideas o conocimientos de interés público. A partir de esta perspectiva, se aplican estrategias de mercadotecnia y publicidad comercial, para promover productos, servicios e ideas no comerciales, tal es el caso de las innovaciones en los servicios médicos y sociales.

El modelo de diseminación propuesto por Martin y cols., comprende las cuatro etapas básicas del proceso de mercadotecnia social: (1) Análisis de mercado; (2) Segmentación del mercado; (3) Estrategia de mercado, y (4) Evaluación (Ver fig. 2)

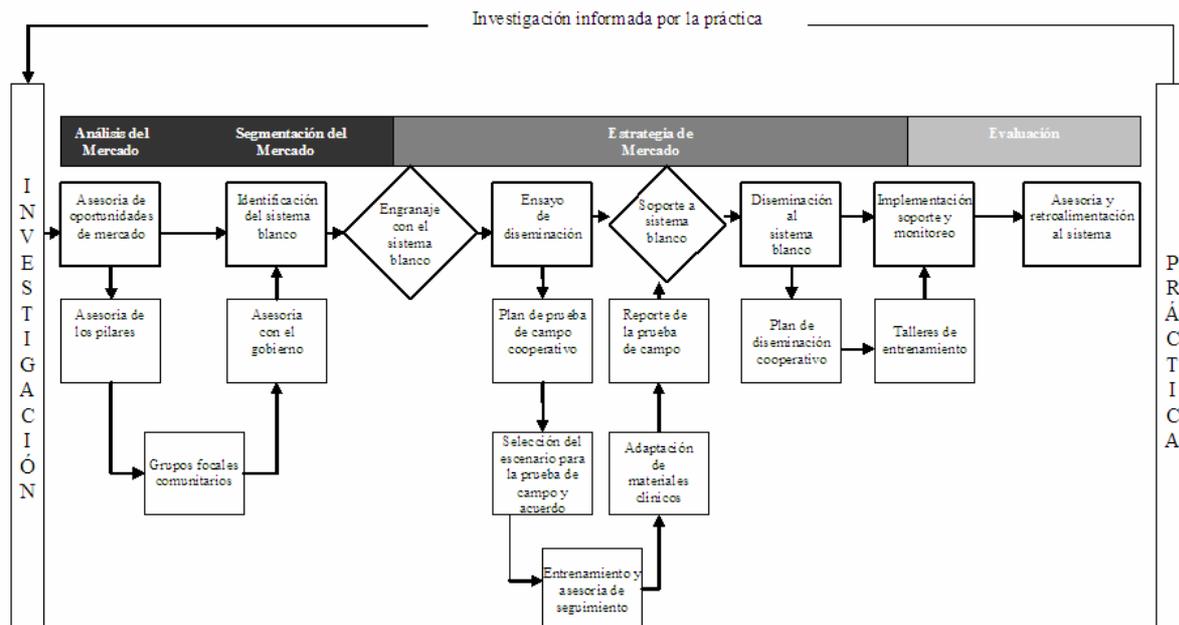


Fig. 2. Modelo de mercadotecnia social para la diseminación.

1. El *análisis del mercado* se realiza con la finalidad de delimitar la población a la que impactarán las estrategias, así como sus necesidades y características. En el modelo propuesto por Martin y cols., esta etapa se desarrolla en la fase de *asesoría de oportunidades de mercado*, en la cuál se consulta al consumidor con la intención de identificar dónde la intervención es relevante y dónde se podrá esperar interés en colaborar con ella.

2. Para la mercadotecnia social, la fase de *segmentación del mercado*, consiste en dividir a la población de acuerdo a sus características, con la intención de facilitar el diseño de las estrategias de mercado para satisfacer sus necesidades particulares. La aproximación a esta fase dentro del modelo propuesto por Martin y cols., se refiere a la *identificación del sistema blanco*. Esta fase es esencialmente importante para la diseminación de innovaciones en el ámbito de la salud, dónde la audiencia es altamente heterogénea (Crosswaite y Curtice, 1994).

3. Posteriormente, en el modelo de Martin y cols., viene la fase de *Engranaje con el sistema blanco*. Es la transición entre la etapa de segmentación del mercado y la etapa de estrategias del mercado. Sólo se pasará a la siguiente etapa cuando el sistema blanco identificado acepte colaborar con la diseminación,

para esto debe intervenir el componente de promoción de las estrategias de mercado a fin de lograr un enganche con la población blanco. Esta fase representa por lo tanto, un punto de toma de decisiones.

4. La fase de *estrategia de mercado* correspondiente a la mercadotecnia social, comprende las siguientes fases del modelo propuesto por Martin y cols.: (1) *Ensayo de diseminación*, (2) *Soporte del sistema blanco*, y (3) *Diseminación al sistema blanco*.

La estrategia de mercado comprende la planeación e implementación de un plan de diseminación, atendiendo a que las características del producto y las estrategias de comunicación resulten adecuadas para la audiencia blanco. Los elementos de la estrategia de mercado dentro de la mercadotecnia social son: (1) producto, (2) precio, (3) promoción, (4) lugar, (5) políticas y (6) opinión pública.

La efectividad de las estrategias de mercadotecnia social se fortalecerá si se toman en cuenta las presiones públicas y políticas relevantes.

5. Las últimas fases del modelo propuesto por Martin y cols., son la de *soporte y monitoreo de la implementación*, y *asesoría y retroalimentación al sistema*, las cuales corresponden a las etapas de implementación y confirmación del proceso de toma de decisiones descrito por Rogers (1995).

Estos autores creen ambicioso el considerar como meta final del proceso de diseminación la decisión para adoptar la innovación, afirman que en la realidad, este grado de decisión se reduce a no más que un compromiso para probar la innovación.

Este modelo enfatiza la importancia de asegurar que la intervención pueda ser implementada exitosamente, esto requiere de anticipación y preparación ante las posibles barreras para la implementación y hacer que la asesoría y el soporte durante la implementación sean fácilmente accesibles.

Este modelo también enfatiza la etapa de evaluación del proceso de mercadotecnia social, cuya meta mínima es el determinar la extensión con que se dio la adopción.

2.6 Barreras para una diseminación efectiva

En la literatura, se puede vislumbrar un esfuerzo por identificar las posibles barreras que impiden una diseminación efectiva y varias de las estrategias que pueden implementarse para soslayarlas.

Entre los principales obstáculos para una diseminación efectiva se encuentran los siguientes:

1. Audiencia heterogénea:

La barrera más distintiva para el logro de una comunicación efectiva en el ámbito de la promoción de la salud, radica en la naturaleza de la audiencia para los hallazgos de la investigación, la cual es amplia y heterogénea. Incluye agencias públicas, académicos, educadores, practicantes clínicos, profesionales, organizaciones voluntarias y comerciales, medios masivos y el público en general. Cada grupo representa un cúmulo de necesidades y requerimientos, lo que implica que las estrategias para la disseminación deben responder a cada uno de ellos.

Se deberán de contemplar entre la audiencia a las diversas disciplinas, metodologías y aproximaciones que abordan el problema central de la investigación, a fin de adecuar los canales de comunicación más efectivos para lograr exitosamente la transición del conocimiento empírico a aplicaciones prácticas.

Un medio de comunicación que resulta apropiado para un grupo determinado, no necesariamente lo será para otro.

Este contexto multidisciplinario contribuye a ensanchar la brecha que separa la investigación de la práctica (Crosswaite y Curtice, 1994).

2. Mitos acerca de la investigación.

Algunos proveedores se encuentran escépticos y desconfiados de la literatura científica, ya que consideran que da una base poco confiable para la toma de decisiones en el ámbito clínico.

Hay por lo menos dos razones distintas para ese escepticismo y desconfianza; la primera se refiera a una inconsistencia percibida en los descubrimientos de diferentes estudios, y, la segunda se refiere a la los sesgos percibidos en los investigadores, quienes parecen tener un enfatizado interés en sobre vender la eficacia de nuevas tecnologías o avanzar en un punto de vista en particular (Kanouse y cols., 1995).

3. Enajenación del rol de los proveedores de servicios.

Muchas veces, los proveedores de servicios de atención a la salud, no se consideran parte del proceso de investigación y no conciben su papel como esencial y necesariamente activo para el refinamiento de los resultados de la investigación, a fin de que llegue a satisfacer sus necesidades prácticas.

También puede existir la sensación de que el juicio clínico o la intuición deben ser favorecidos por encima de los descubrimientos experimentales (Mattson y Donovan, 1994).

4. Fuerzas de inercia (status quo).

Los proveedores de servicios usualmente piensan que mientras las políticas de su práctica clínica parezcan estar trabajando razonablemente bien, estas no deberían ser reexaminadas hasta que no haya un razón específica para hacerlo (Kanouse y cols., 1995; Duggan y Banwell, 2004). Esto responde la tendencia natural del ser humano de simplemente sentirse más cómodo con situaciones conocidas y ya experimentadas, es decir, el poder de la conformidad junto con la resistencia a dejar ir puntos de vista actuales y abrirse a otros nuevos y controversiales (Mattson y Donovan, 1994).

5. Recursos insuficientes.

Los cuerpos de inversionistas en la investigación, usualmente fallan al considerar la necesidad de recursos adecuados para el proceso de disseminación. Limitaciones de recursos y tiempo, fuerzan muchas veces a los investigadores a emprender disseminaciones apresuradas o a omitirlas por completo (Crosswaite y Curtice, 1994).

6. Incompatibilidad de intereses.

Estos obstáculos surgen cuando hay una incompatibilidad con la estructura de la investigación y las necesidades del grupo de usuarios de la información, los distintos niveles que componen la jerarquía del sistema de atención a la salud, tendrán distintas expectativas de la misma investigación, dado que difieren en poder, estatus y aspiraciones.

7. Barreras físicas.

Las barreras físicas para la comunicación surgen cuando los escenarios en los cuales se llevó a cabo la investigación y se probó la efectividad de determinadas intervenciones, es poco o nada parecido al escenario en que se realiza la práctica clínica, por lo tanto, muchas veces resulta muy conflictivo o imposible trasladar las aplicaciones (Crosswaite y Curtice, 1994).

8. Acceso a la investigación.

La investigación es un proceso extenso que se lleva por lo general mucho tiempo, incluso cuando ya ha concluido se requiere de otro periodo más de tiempo para que sus resultados sean publicados, esto debido al lento proceso de revisión de las revistas y publicaciones científicas, contrastando con la necesidad de un ágil y rápido proceso de elaboración de políticas en el sector salud que de respuesta a las necesidades de los clientes, lo que resulta en prescindir muchas veces de los resultados científicos y adoptar prácticas que difieran a lo más reciente en investigación.

Aunado a lo anterior, los proveedores de atención a la salud tienen dificultades para interpretar los descubrimientos de las investigaciones de manera que les permita aplicarlos en su práctica cotidiana y en la toma de decisiones para la elaboración de políticas en el sector salud (Crosswaite y Curtice, 1994).

9. Propiedad de la investigación.

El intento de llevar la información al alcance de una audiencia más amplia, implica la traducción de los hallazgos de la misma en diferentes formatos informativos, sin embargo, esta actividad se enfrenta al peligro de que en la traducción podría presentarse la situación de sobre simplificar la información perdiendo algo del significado principal de la misma e incluso llegaría a exceder el límite de propiedad para el investigador, llevando al detrimento de la tarea de diseminar.

10. Fronteras Profesionales.

Uno de los obstáculos mencionados por los proveedores de servicios que llegan a impedir la comunicación y por lo tanto la aplicación de tratamientos empíricamente probados, es el secreto y hermetismo que rodea a los proyectos de investigación y los problemas relacionados con el territorio individual y muta desconfianza entre ambas disciplinas, la investigación y la práctica.

Los profesionales tienden a percibir la investigación de manera amenazante ya que puede exponer sus fallas (Martin y cols., 1998)

Las culturas y el lenguaje difieren en los mundos de la investigación y la práctica, por lo cual se requiere de una traducción bidireccional.

En el ámbito de la Psicología, la diversidad de posturas teóricas, genera incompatibilidad de términos y conceptos que obstaculizan la diseminación. Para la psicología conductual, ha resultado evidente el obstáculo en cuanto al lenguaje para lograr una diseminación efectiva de los tratamientos surgidos de esta orientación, debido a la gran variedad de tecnicismos empleados. (Hayes y cols., 1995).

Para lograr una comunicación efectiva, especialmente el ámbito de la Psicología, el emisor debe optar al inicio por el empleo de un lenguaje neutro, sin especificaciones científicas, para después ir sensibilizando al receptor en el uso de nuevos términos, a fin de construir un canal de comunicación claro y eficaz (Hayes y cols., 1995).

Así mismo, todo profesional de la salud deberían mostrar una postura flexible y abierta ante los hallazgos de la investigación, pues un pensamiento rígido nos condena a un estado de no progreso.

2.7 Hacia Una Diseminación Efectiva

Por mucho tiempo se considero que la labor del investigador terminaba una vez que había recolectado y publicado los resultados de su investigación, sin embargo ante la creciente demanda de la sociedad de mejores servicios y el decepcionante rango de tratamientos empíricos adoptados, esta percepción cambió.

Ahora se considera a la diseminación una etapa crucial dentro del proceso de investigación, a la cuál se le debe destinar el tiempo y los recursos pertinentes, así como exhortar a los investigadores a desarrollar las habilidades adecuadas para llevarla a cabo (Persons, 1997). A raíz de esta nueva concepción de la diseminación, se han emprendido gran cantidad de investigaciones tratando de identificar aquellas estrategias que conlleven a mejores resultados en este proceso.

En el proceso de diseminación se distinguen dos elementos importantes, el proveedor de la información (investigador), y el usuario o receptor de la misma (practicantes clínicos, terapeutas, proveedores de servicios).

En el caso particular de la diseminación de un tratamiento psicológico avalado empíricamente, el grado de efectividad del proceso de diseminación, estará determinado a través de un cambio de actitud o comportamiento del receptor de la información, que se refleje en su ejercicio profesional y los resultados obtenidos en los usuarios de los servicios de atención brindados por él mismo, por lo tanto, al proveedor de información le resultaría imposible medir la efectividad sin la cooperación en el proceso de evaluación del individuo receptor de la información (Duggan y Banwell, 2004).

La efectividad de los métodos de diseminación generalmente es evaluada por los investigadores a partir de por lo menos una de las siguientes medidas de salida:

- 1) Un incremento en el conocimiento del receptor sobre un aspecto en particular relacionado con la información.
- 2) Un cambio en la actitud del receptor.
- 3) Un cambio en el comportamiento del receptor. (Duggan y cols., citados en Duggan y Banwell, 2004)

Otros teóricos proponen, la calidad de implementación de la técnica diseminada en lo escenarios clínicos, como otro parámetro para determinar la efectividad del proceso de diseminación, en este aspecto se toman en cuenta las siguientes variables:

- a) **Dosis:** Suficiente exposición al programa.
- b) **Adherencia:** Seguir los métodos del programa y completar su desarrollo como se señala en el manual o currículo guía.
- c) **Calidad de proceso:** Enganchar a los usuarios de los servicios en la participación activa dentro de la intervención.
- d) **Adaptación:** Modificar el programa o intervención para satisfacer necesidades surgidas de aspectos del desarrollo o la cultura (Dusenbury y cols., 2005).

Estos mismos autores, señalan ciertos elementos que influyen en el logro de éxito o fracaso del proceso de diseminación: (1) actitudes de los receptores acerca de la innovación; (2) entendimiento en los receptores de los conceptos manejados; y, (3) experiencia previa de los receptores.

Duggan y Banwell (2004) hacen una revisión sistemática de literatura científica en la que se emplea una gran variedad de métodos de diseminación, con diferentes audiencias de impacto, las estrategias comprenden desde presentaciones en vivo hasta programas de cómputo interactivos.

No se distinguió un factor en particular que resultará determinante para el resultado del proceso de diseminación, por el contrario, se concluyó que es la combinación de ciertos factores lo que importa para una diseminación efectiva. Por un lado, el proveedor de información, debe ajustar el método de diseminación a la audiencia que se quiere impactar, se deben identificar y utilizar a los líderes de opinión como recurso dentro de la estrategia y las óptimas condiciones para que se de la aceptación del nuevo conocimiento pueden ser creadas al involucrar a los participantes en el proceso de desarrollo y comunicación del mismo.

Algunas de las directrices que deben delinear el ámbito de la diseminación de innovaciones en el ámbito de la salud, son las siguientes:

1. Tomar en cuenta el rol de la influencia de los pares.

La práctica profesional del grupo tiende a homogenizarse, es a través de los colegas que se percatan de la existencia de una innovación más que por las publicaciones científicas de la misma. En este aspecto, el uso de sistemas de enlace y específicamente de los líderes de opinión es decisivo.

2. Hacer la información relevante para la práctica.

Una forma de traducir la información en datos relevantes para la práctica es ubicar las recomendaciones en un contexto clínico o de provisión de servicios de salud.

Como un paso preliminar al diseño de una intervención informativa para diseminar una innovación, se debe hacer un análisis del valor de la información a fin de identificar los aspectos que el proveedor desea saber y le resultan útiles e importantes para su práctica.

Por ejemplo, para la diseminación de tratamientos psicológicos, la información que el proveedor desea obtener es aquella que le facilite clasificar a sus pacientes a manera de identificar el tratamiento adecuado, así mismo, desea que se puntúe el procedimiento del tratamiento, es decir, qué a hacer, con quién, de qué forma y por cuánto tiempo.

3. Hacer recomendaciones explícitas.

Las fallas para especificar las pautas de tratamiento, pueden derivar en ambigüedades y carencia de sentido. Se requiere claridad en la descripción del dominio para el cuál aplican las pautas de tratamiento. Las recomendaciones más explícitas, además de evitar los malos entendidos, tienden a ser más persuasivas.

4. Promover un clima de integración investigación-práctica.

Huberman (citado en Shaley y cols., 1996), sostiene que para lograr el mayor impacto sobre los potenciales usuarios de una innovación, se debe optar por una aproximación de “interactividad sostenida”, es decir, construir canales de comunicación que permitan múltiples intercambios entre investigadores y potenciales receptores de la información, a través de las diferentes etapas del proceso de investigación, especialmente en la etapa de diseminación. Este tipo de relación investigador-usuario, será el mejor predictor de éxito del proceso de diseminación.

2.8 Estrategias de diseminación

Si bien, Eisenberg (citado en Kanouse y cols., 1995) dice que algunas veces la simple transferencia de la información es suficiente para alterar los patrones de práctica, usualmente es necesario más que simplemente proveer la información.

Las estrategias pasivas de difusión como las publicaciones en revistas científicas, la propaganda, publicaciones de consensos, conferencias, envío de materiales educativos, han demostrado ser insuficientes, pese a ser las mayormente explotadas por los investigadores.

Debe optarse por estrategias más activas y sistemáticamente planeadas (Bero y cols., 1998).

Existen muchas estrategias que promoverán una mejor comunicación de la innovación, con mayores probabilidades de lograr el cambio esperado en el receptor de la misma, algunas de ellas son: (1) incluir a los receptores de la información (proveedores de servicios) en la planeación y conducción de los programas de investigación; (2) incorporar activamente los hallazgos de las investigaciones a los programas de educación ; (3) desarrollar protocolos y guías basados en las investigaciones; (4) publicar periódicos de investigación; (5) realizar seminarios, talleres y simposios de investigación (Shanley y cols., 1996).

Bero y cols. (1998; García, 2003) realizaron una revisión sistemática de estudios rigurosos que proveían la mejor evidencia de efectividad de diferentes estrategias para promover cambio conductual, y llegaron a las siguientes conclusiones: (1) La diseminación pasiva de información es generalmente inefectiva y (2) Parece necesario usar estrategias específicas para incitar a la implementación.

Estos mismos autores proponen un listado de intervenciones clasificándolas en función de su efectividad para promover cambios en la práctica clínica, la lista se estructura de la siguiente manera:

- 1) ***Intervenciones de efectividad probada:*** visitas formativas, los recuerdos (manuales escritos), las estrategias combinadas y los encuentros interactivos (talleres en los que participan los profesionales).
- 2) ***Intervenciones de efectividad variable:*** la auditoria y la retroalimentación, la utilización de líderes de opinión, entre otros.
- 3) ***Intervenciones con poca o nula efectividad:*** difusión de guías de práctica o material informativo, las conferencias y congresos.

2.8.1 Educación continua.

Entre los esfuerzos realizados para la diseminación de innovaciones en el ámbito de la salud y especialmente en lo que se refiere a tratamientos psicológicos, se encuentra la modalidad de educación continua, estrategia que ha confirmado puede mejorar el comportamiento de los proveedores de atención a la salud, reflejándose esto en su desempeño práctico y en los resultados obtenidos con los pacientes (Kanouse y cols., 1995).

La educación continua se refiere a la participación en actividades formativas dentro de un escenario y programa estructurado que posea un aval curricular.

Muchas veces, los proveedores de servicios no usan los protocolos o intervenciones, simplemente porque no se les entrenó para hacerlo (Persons, 1997).

Una intervención educativa efectiva para cambiar el comportamiento en los proveedores de atención, requiere de varios elementos, los que han mostrado tener mayor éxito en esta tarea son (Kanouse y cols., 1995):

- 1) Interacción cara a cara con otra persona o en grupos muy pequeños.
- 2) Involucrar líderes de opinión cuando sea posible.
- 3) Ofrecer alternativas realistas a prácticas que han desalentadoras.
- 4) Repetición y reforzamiento de los puntos principales del mensaje.
- 5) Participación activa del aprendiz.
- 6) Intervención informativa seguida de retroalimentación conductual al aprendiz.
- 7) Provisión de materiales de apoyo para uso posterior.
- 8) Uso de múltiples métodos durante el curso de la intervención.
- 9) Prácticas supervisadas.

2.8.2 Talleres interactivos

La educación continua frecuentemente ha optado por ser impartida a través de talleres interactivos apoyada de materiales didácticos, como, los manuales impresos.

Lo resultados de diversas investigaciones, reportan la efectividad de los talleres interactivos como estrategias de disseminación, cumpliendo el objetivo de informar y promover procedimientos psicológicos validados empíricamente (Crosswaite y Curtice, 1994; Martínez y cols., 2003; Bero y cols., 1998).

Los talleres interactivos, ofrecen un programa que comprende aprendizaje didáctico estructurado con oportunidades para la práctica. El uso de talleres se prefiere sobre un largo proceso de educación continua, dado a que pueden realizarse sin costo elevado y en poco tiempo con audiencias numerosas.

El desarrollo de los talleres se da dentro de un clima de total interacción, siguiendo la sugerencia de Rogers (1995), quién menciona que el mayor impacto sobre los potenciales usuarios de la investigación ocurre cuando los investigadores interactúan de manera sostenida con los primeros.

Mutter (citado en Crosswaite y Curtice, 1994), aumenta un grado más a la eficacia de los talleres interactivos, al considerarlos poseedores de un potencial de alcance que rebasa las fronteras del escenario en dónde se llevan a cabo. Mutter consideraba que los participantes en estos talleres funcionarían como facilitadores de la información en sus lugares de trabajo, provocando lo que el llamó un “efecto de onda expansiva” en el proceso de diseminación de los resultados de la investigación.

2.8.3 Manuales de tratamiento.

El diseño de manuales cognitivo-conductuales de tratamiento parece ser una consecuencia natural del compromiso siempre sostenido de la terapia conductual con el escrutinio empírico, estrategias eficientes en tiempo y el enfocarse en un cambio de comportamiento concreto y cuantificable.

El uso de esta herramienta fue muy criticado, por la supuesta rigidez del protocolo que no respetaba las características individuales de cada paciente, sin embargo, el tratamiento individualizado y el uso de manuales no son mundos mutuamente excluyentes.

Los manuales deben emplearse como guías de tratamiento flexibles, adaptables, nunca como una receta estricta para atender un problema en particular. Los manuales deben y pueden adaptarse a: (1) Síntomas Específicos del paciente, y, (2) Condiciones que mantienen el problema del paciente.

Los manuales brindan reglas de decisión derivadas de un marco empírico, prescriben una secuencia estructurada de intervenciones de tratamiento, pero su flexibilidad se demuestra al permitir al terapeuta o proveedor de servicios retrasar, acelerar o evitar ciertas técnicas dependiendo de las necesidades particulares del paciente y la respuesta que tenga ante el tratamiento (Eifert y cols., 1997; Terrence, 1997).

La elección del tipo de intervención a seguir para diseminar una innovación, debe guiarse por la evidencia que existe de la efectividad de las estrategias de diseminación e implementación, las características del mensaje/innovación, el reconocimiento de las barreras externas al cambio, y la preparación de los receptores de la información para cambiar. Lograr el cambio requiere además de proveer información, tomar acciones necesarias para motivar, facilitar y reforzar el cambio. (Bero y cols., 1998; Kanouse y cols., 1995).

Un primer paso para asegurar el éxito de los procesos de diseminación de tratamientos psicológicos avalados empíricamente en un futuro, es el de comenzar integrando este tipo de programas

en el currículo de los estudiantes formándose en Psicología. Todos los programas de educación, y especialmente los de Psicología, deben facultar a sus estudiantes para entender el valor de la ciencia para la práctica y el valor de la práctica para la ciencia (Calhoun y cols., 1998).

CAPÍTULO III

MODELO DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA

3.1 Espectro epidemiológico

El abuso de bebidas alcohólicas y la dependencia del alcohol en México se ha convertido en un grave problema de salud pública con altos costos sociales, no sólo para quienes lo consumen, también para sus familias y otros terceros involucrados (Bray y Zarkin, 2006).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2003), subrayan que en el país existen 32'315,760 personas entre los 12 y 65 años de edad que consumen alcohol.

En los varones urbanos el mayor índice de consumo se observa en el grupo que comprende de los 30 a los 39 años, en tanto que para las mujeres el mayor consumo fue reportado entre los 40 y 49 años.

El consumo alcanza un 35 por ciento de los adolescentes urbanos (entre 12 y 17 años), y un 25 por ciento de la población femenina de ese mismo grupo de edad, a razón de 1.4 varones por cada mujer.

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (ENEP: Medina-Mora y cols., 2003), los trastornos por uso de sustancias se encuentran entre los tres tipos de trastornos más frecuentes, acompañados por los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos, teniendo mayor prevalencia dentro de de la población masculina.

De igual manera, la ENEP, ubicó en la región centro-oeste del país, la mayor prevalencia de este tipo de trastorno (15.2 por ciento), y la región con menor prevalencia fue la noreste (6.5 por ciento).

Las estadísticas sobre la población atendida en los Centros de Integración Juvenil en México en el año 2002 (Centros de Integración Juvenil, 2003), colocan al alcohol como segunda principal droga de inicio (32.4 por ciento), solo superada por el tabaco (35.8 por ciento).

La edad promedio de inicio al uso de drogas, incluyendo alcohol y tabaco, se encuentra a los 14.8 años.

El 75.1 por ciento de la población atendida reportó haber consumido alcohol por lo menos una vez en su vida.

El 14.7 por ciento de la población indicó al alcohol como droga de mayor impacto en su vida, es decir, había provocado daños a su salud o afectado seriamente su área familiar.

El INEGI (SSa e INEGI, 2003) señala que el consumo excesivo de alcohol se vincula con cinco de las diez principales causas de muerte en México para individuos en edad productiva, entre ellas: accidentes, patología cerebral vascular, cirrosis hepática, homicidios y lesiones en riña.

Investigaciones realizadas en México, han ayudado a detectar ciertas zonas del territorio nacional con prevalencia de un alto consumo de alcohol en la población adulta de ambos sexos, entre estas se encuentran: las zonas rurales de Puebla, el estado de México y zonas suburbanas de la ciudad de México (Barruecos y Velasco, 1997; García, 1972; Lomnitz, 1983 citados en Echeverría y cols., 2004). Estas investigaciones determinan que la conjugación de una serie de factores es lo que da lugar a este importante problema de salud, por lo menos, en las áreas geográficas antes mencionadas. Entre dichos factores se encuentran: la alarmante producción clandestina de alcohol o bebidas típicas sin control sanitario, la pobreza, la falta de oportunidades socioeconómicas y recreativas, un fuerte crecimiento demográfico y una escasa atención médica.

Resultados de investigaciones que asocian el consumo de alcohol al sexo, indican claras diferencias en el patrón de consumo entre hombres y mujeres. A pesar de que menor número de mujeres bebe, aquellas que lo hacen tienden a consumir cantidades mayores que los hombres.

La mujer es más vulnerable que el hombre respecto al consumo de alcohol debido a dos aspectos: (1) desarrolla problemas de salud con menores dosis y en un menor tiempo de consumo que el varón; y, (2) es a su vez objeto de un mayor rechazo social cuando presenta problemas con su manera de beber.

Las mujeres tienen mayor probabilidad de enfrentar múltiples barreras para tener acceso a tratamientos para el abuso de sustancias y es menos probable que lo busquen. Las mujeres tienden a buscar tratamiento en centros primarios de atención a la salud en vez de a programas especializados, lo que puede conducir a resultados de tratamiento más pobres. Sin embargo, cuando las mujeres logran tener acceso a un tratamiento y lo completan, se desempeñan con mejores resultados que los hombres (Green, 2006).

El alcohol es la droga de preferencia entre los adultos jóvenes, usualmente con consecuencias devastadoras.

En la actualidad, este sector de la población presenta una mayor prevalencia de embriaguez en su patrón de consumo, mostrando el más alto índice de bebedores problema.

Tanto la población escolarizada como la no escolarizada se encuentran en riesgo de convertirse en bebedores problema y por lo tanto experimentar consecuencias negativas por el abuso del alcohol, aunque, se ha observado que la prevalencia de consumo excesivo de alcohol se triplica para aquellos que no asisten a la escuela.

El medio social y familiar circundante propicia este tipo de consumo al ser tolerante y carecer de normas claras que limiten la ingesta de alcohol. La ingestión de bebidas alcohólicas es considerada culturalmente como parte de la transición a la edad adulta.

Este sector de la población es el más propenso a realizar actividades de riesgo relacionadas al consumo de alcohol (Monti y cols., 2005).

El alcohol es el principal factor asociado a las muertes por heridas, que constituye la primera causa de muerte en la población menor a 21 años.

El consumo de alcohol en menores de edad acarrea una gran variedad de consecuencias adversas a corto y largo plazo, incluyendo: (1)Problemas académicos; (2)Problemas sociales; (3)Problemas físicos, como, resaca o enfermedades médicas; (4)Comportamiento sexual de riesgo, que incluye, actividad sexual no deseada, no intencionada, no protegida y/o con múltiples compañeros sexuales; (5) Agresión física y sexual; (6) Problemas de memoria; (7)Accidentes automovilísticos y otros daños no intencionados como quemaduras, caídas y ahogamientos relacionados con el alcohol, los jóvenes son más susceptibles a morir por accidentes asociados al consumo de alcohol que la población adulta, conducen sin cinturón de seguridad y en estado de ebriedad; (8) Muerte por intoxicación; (9) Consumo de otras drogas; y, (10)Alteraciones en el desarrollo del cerebro que pueden tener consecuencias en etapas posteriores, a largo plazo el inicio temprano de consumo de alcohol puede estar asociado con un elevado riesgo a desarrollar un desorden por abuso de sustancias en algún momento de la vida ("The scope of", 2005).

Ante este espectro epidemiológico del consumo de alcohol en México y sus repercusiones a nivel social, resulta evidente la necesidad de desarrollar programas de intervención efectivos.

3.2 Tratamientos tradicionales para el consumo excesivo de alcohol

El enfoque que ha prevalecido ante la problemática del abuso de alcohol, especialmente dentro de las ciencias médicas, es el considerar al alcoholismo como una enfermedad progresiva, es decir, una vez que el problema se ha desarrollado, inevitablemente empeora y sigue un curso predecible de síntomas si se continúa bebiendo, a excepción de algunos casos de remisión espontánea inexplicable. Esta noción, al igual que la mayoría de las aproximaciones de tratamiento surgidas de ella carece de soporte empírico. (Sobell y Sobell, 1993).

Bajo esta visión médica, el éxito de la intervención tendrá como parámetro el logro de la abstinencia. Las cuatro aproximaciones fundamentales de intervención para el abuso de alcohol surgidas de esta postura son: (1) La medicación; (2) La terapia aversiva; (3) La psicoterapia, y, (4) Los grupos de autoayuda (Echeverría y cols., 2004).

- 1) **Medicación:** Principalmente se usan medicamentos que al combinarse con bebidas alcohólicas provocan efectos desagradables, resultando un efecto antagónico que paulatinamente llevará a la persona a abstenerse de consumir alcohol. Entre estos fármacos se encuentran: antabuse (disulfiram), carbamida de calcio, metronidazol, etc. También se emplean algunos psicotrópicos, suponiendo que el alivio de ciertos síntomas psiquiátricos propiciará una disminución en el consumo excesivo de alcohol.
- 2) **Terapia Aversiva:** Se usan sustancias químicas que producen efectos desagradables o estimulación eléctrica dolorosa apareada a la ingesta de alcohol, en situaciones controladas, en un intento por establecer una respuesta condicionada negativa al consumo.
- 3) **Psicoterapia:** Algunas de las orientaciones psicoterapéuticas más empleadas son de corte psicoanalítico, psicoterapia grupal o sistémica. Enfatizan el “insight” como base del proceso terapéutico. Constituyen estrategias de intervención usual pese a su escaso soporte empírico de eficacia.
- 4) **Grupos de autoayuda:** El más representativo es el programa de los 12 pasos de los grupos de Alcohólicos Anónimos.

Estas cuatro principales formas de intervención, se han enfocado a la atención de individuos con alcoholismo, corresponden a una etapa de prevención terciaria, es decir, intervienen en la fase aguda del padecimiento, buscan la abstinencia. Este tipo de intervención está constituida por tratamientos

especializados. Sin embargo, sólo el nueve por ciento del espectro de individuos con problemas relacionados al alcohol cae dentro de la categoría de alcoholismo.

A medida que se reconoció la diversidad de la población con problemas relacionados al uso y abuso de alcohol, constituida por individuos con distintos niveles de severidad, se hizo evidente que la atención dada a los mismos debería ser igualmente diversa, a fin de responder efectivamente a los requerimientos de cada sector (Zweben y Fleming, 1999).

Se han desarrollado esfuerzos de prevención primaria, encaminados a la población de abstemios o bebedores leves con ninguna consecuencia negativa por su consumo, quienes representan el 67 por ciento de la población. Sin embargo, estos esfuerzos están dirigidos a sectores de la población muy específicos y no se ha logrado un gran impacto.

Una tercera alternativa, es la prevención secundaria, dirigida a grupos especiales que tienen riesgo de desarrollar un desorden o presentan ya los signos tempranos de un desorden que emerge. Esta aproximación incluye la identificación temprana de personas que pueden estar bebiendo con riesgo pero sin manifestar síntomas crónicos de dependencia. La población a la que va dirigida comprende a aquellos bebedores moderados o fuertes, que de vez en cuando, abusan de bebidas alcohólicas, acarreándoles consecuencias negativas, también se les ha llamado “bebedores problema” y constituyen el 27 por ciento de la población (Ver fig. 3).



Fig. 3. Espectro de bebedores y oportunidades de intervención.

3.3 Bebedores problema

Un bebedor problema es aquella persona que tiene problemas identificables cuando consume alcohol (ausentismo laboral, problemas interpersonales, ansiedad o culpa por consumir alcohol), pero no ha experimentado los síntomas mayores de abstinencia de alcohol (complicaciones médicas, dependencia física, desórdenes psiquiátricos, complicaciones psicosociales mayores) (Ortega, 2000; Echeverría y cols., 2004; Sobell y Sobell, 1993).

El patrón de consumo explosivo caracteriza a un bebedor problema, consiste en un consumo esporádico (aproximadamente una vez a la semana) pero excesivo (habitualmente más de cinco copas estándar por ocasión). Hay periodos largos de abstinencia o bien de consumo moderado no problemático con episodios de consumo excesivo, causando graves consecuencias. Este tipo de consumo es representativo de la población mexicana y más aun entre los jóvenes (Echeverría y cols., 2004; Ortega, 2000).

Los bebedores problema frecuentemente sostienen una errada percepción acerca de su consumo, no lo califican como problemático porque es poco frecuente, por lo tanto, no buscan ni consideran pertinente recibir algún tipo de ayuda. Ante esta situación, las instancias del sector salud, deben implementar medidas preventivas que incluyan una búsqueda e identificación activa de aquellos individuos que presenten problemas relacionados al abuso de alcohol, a fin, de brindarles oportunamente intervenciones efectivas que eviten consecuencias negativas futuras (Monti y cols., 2005).

Por mucho tiempo no había programas de atención encaminados a este sector de la población, a pesar de ser un grupo mucho mayor que el de alcohólicos.

Estos individuos eran tratados usando los mismos procedimientos que los destinados a casos más severos, lo cual no trajo los resultados deseados, al parecer, los bebedores problema no están dispuestos a asumir la meta de la abstinencia impuesta por los tratamientos convencionales, parecen beneficiarse más con tratamientos breves de consulta externa, que con tratamientos residenciales intensos dirigidos a los dependientes de alcohol (Ortega, 2000).

Estas actividades de prevención a nivel secundario, no necesariamente deben llevarse a cabo por centros especializados en problemas de consumo de alcohol, pueden realizarse en centros de atención primaria, agencias de servicio social o centros de trabajo, esta ventaja promueve un mayor alcance e impacto, ya que, estas instancias se encuentran en una posición única donde les es posible identificar y

tratar los problemas relacionados al uso o abuso de alcohol antes de que se vuelvan más severos (Echeverría y cols., 2004; Fleming, 2004).

Este tipo de tratamientos, en vez de enfocarse exclusivamente en lograr la abstinencia como los tratamientos tradicionales, se enfocan a reducir las consecuencias dañinas que trae consigo el abuso de alcohol, encontrando como meta alternativa de tratamiento, la moderación del consumo (Zweben y Fleming, 1999).

3.4 Intervenciones Breves

Las intervenciones breves, surgieron en los años setenta, en respuesta a la búsqueda de estrategias para identificar de manera temprana a las personas que bebían alcohol excesivamente y proporcionarles un tratamiento poco complejo, para modificar su patrón problemático de consumo. (Ortega, 2000).

Este tipo de intervenciones se ha implementado desde entonces como estrategia para reducir el consumo excesivo de alcohol en individuos no dependientes, y en el caso de individuos dependientes, facilitar su canalización a programas especializados. La oferta de este tratamiento puede llegar antes de que el individuo la solicite e incluso antes de que advierta que su patrón de consumo le resulta dañino.

A partir de la psicología motivacional y la teoría de la auto regulación, las intervenciones breves fueron diseñadas para estimular las capacidades individuales de auto evaluación, auto monitoreo y auto regulación a fin de inducir un cambio. No son entrenamientos en habilidades específicas, pues trabajan bajo el supuesto de que la persona posee los recursos necesarios para sobrellevar su problemática, consisten principalmente en programas educativos, cuyo objetivo principal es incrementar la motivación al cambio. Las intervenciones breves son un medio para dirigir y facilitar el proceso de cambio (Zewen y Fleming, 1999; Martínez, 2005).

Miller y Rollnick (1999 citados en Gantivia y cols., 2003) consideran que el impacto fundamental de las intervenciones breves, radica en la motivación hacia el cambio. Se cree que una vez lograda esta, el individuo puede cambiar su comportamiento con un mínimo de ayuda adicional.

Las intervenciones breves logran aumentar la motivación al cambio, brindando al usuario información sobre su problemática y haciendo sugerencias para cambiar su comportamiento, enfatizando las consecuencias negativas a corto y largo plazo derivadas de su actual conducta y señalando

los efectos que traería consigo el cambio, para estas actividades se puede apoyar en material educativo (Riquelme y Romero, 2002).

La meta de este tipo de intervenciones, a diferencia de las tradicionales, es lograr un consumo moderado de bebidas alcohólicas. Dado que la mayoría de la población a la que van dirigidas, no ha experimentado consecuencias gravemente negativas que la inciten a dejar de consumir alcohol en su totalidad, tienden a preferir la moderación. Aunado a lo anterior, se ha descubierto que beber alcohol de forma moderada puede beneficiar la salud, al evitar enfermedades cardiovasculares, en especial trombosis coronarias, disminuir la ansiedad, calmar las emociones y por lo tanto disminuir el estrés (Galindo y Salinas, 1995).

Las intervenciones breves basadas en las técnicas cognitivo-conductuales han demostrado gran generalidad en su aplicación, así como alto grado de eficiencia, principalmente debido a que su fundamento reside en la investigación experimental.

Este tipo de intervenciones se caracterizan por: (1) ser de bajo costo; (2) de rápida aplicación; (3) muestran efectos inmediatos; (4) los resultados son perdurables en el tiempo; (5) no son intrusivas; (6) no resultan agresivas para el cliente, generalmente puede ser atendido en condiciones de tratamiento externo; (7) se concibe al usuario como un ser proactivo y propositivo; y, (8) se concibe a la conducta de consumo del usuario como determinada de forma conjunta con variables ambientales y procesos cognoscitivos.

Las intervenciones breves de corte cognitivo-conductual, son un proceso sistemático que incluye una rápida evaluación del usuario y una implementación inmediata de estrategias de cambio. Su objetivo es proporcionar a los usuarios las herramientas adecuadas para cambiar actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes al consumo excesivo de alcohol (Echeverría y cols., 2005).

3.5 Modelo de Auto cambio dirigido para bebedores problema

3.5.1 Antecedentes

Una estrategia que surge de esta nueva aproximación al problema del abuso de alcohol, es el originalmente llamado “Guided Self-Change Treatment”, adaptado, aplicado y evaluado para México, bajo el nombre de “Modelo de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema”(Ayala y cols., 1995; 1998 citados en Martínez, 2005). Este modelo es una intervención motivacional breve, desarrollada por

Mark B. Sobell y Linda Carter Sobell, a partir del paradigma cognitivo-conductual, en los inicios de los años ochenta en la Fundación para la Investigación de las Adicciones (Addiction Research Foundation) en Toronto, Canadá (Sobell y Sobell, 1993, 2005).

Se denomina intervención motivacional porque emplea a la entrevista motivacional como un método auxiliar. Esta entrevista es una combinación de escucha reflexiva, empatía y técnicas específicas, como, usar preguntas clave y anticipar el futuro. Esta estrategia posibilita a los usuarios a explorar y resolver su ambivalencia ante la reducción del consumo de alcohol (Monti y cols., 2004; Bernal, 2004).

Se denomina de Auto Control, por que los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento, con la asesoría que el terapeuta le brinda respecto a los límites razonables de consumo y las contraindicaciones médicas de la ingesta. Esta intervención supone que los individuos se comprometen y desempeñan mejor en los tratamientos cuando ellos mismos eligieron su meta, de acuerdo a sus creencias y percepción de auto eficacia (Andrade, 2001; Galindo y Salinas, 1995; Wild y cols., 1998).

Esta intervención, tiene la intención de ayudar a las personas a comprometerse en la modificación de su conducta, al reconocer y usar su propia fuerza y recursos para lograr un cambio en su patrón de consumo excesivo de alcohol. A través de este modelo se brinda al usuario una estrategia general para la solución de problemas, la cuál puede emplear no sólo ante su consumo de alcohol sino ante otras situaciones conflictivas en su vida.

Sobell y Sobell (1993) argumentan que el desarrollo de esta intervención fue influida por tres áreas de investigación. La primer área de investigación se suscitó a finales de los años setenta, los estudios derivados de ésta, evidenciaban la posibilidad de obtener buenos resultados con intervenciones muy limitadas en tiempo, resultados incluso comparables con los obtenidos a partir de intervenciones intensivas y mucho más costosas.

Una segunda área de influencia fue la creciente literatura que daba testimonio de recuperaciones naturales de problemas de alcohol, lo cual ponía en duda la premisa del alcoholismo como una enfermedad progresiva, y aseguraba la capacidad de muchos individuos para superar por sí mismos sus problemas relacionados al abuso de alcohol.

La tercera y última área de investigación que impulsó el desarrollo de esta modalidad de intervención, fue la conceptualización de la motivación como un estado que podía ser influido, contingentemente con el desarrollo de intervenciones motivacionales, estos dos hallazgos sugerían una

posible explicación acerca de cómo es que trabajaban los tratamientos breves y cómo es que se podían alcanzar las recuperaciones naturales.

3.5.2 Fundamento teórico: Teoría del aprendizaje social

El modelo de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema se fundamenta en los principios de la Teoría del Aprendizaje Social, desarrollada por Bandura (Echeverría y cols., 2004).

Esta teoría sostiene la premisa de que toda conducta humana es producto de un proceso de aprendizaje dónde intervienen factores biológicos, medio ambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos. La adquisición y el mantenimiento de una conducta determinada dependerá de tres elementos clave: (1) La experiencia de la persona adquirida durante su desarrollo, (2) Los antecedentes medioambientales inmediatos y las consecuencias de la conducta y (3) La ausencia o presencia e ciertos procesos cognoscitivos (Martínez, 2005).

La Teoría del Aprendizaje Social, retoma del condicionamiento clásico, el establecimiento de un aprendizaje estímulo–respuesta con respecto a la conducta de beber alcohol, al repetirse una conducta de consumo ante ciertos estímulos ambientales, esto se constituyen en estímulos condicionados o precipitadores de la conducta de consumo, los cuáles determinarían las situaciones de riesgo para el individuo. Capta también la explicación dada desde el condicionamiento operante, dónde se argumenta que la conducta de auto administración de sustancias adictivas, en este caso del alcohol, se da por el efecto reforzante de dicha sustancia para el individuo (Barragán y cols., 2005).

La Teoría del Aprendizaje Social, sostiene que los patrones conductuales, las normas sociales y culturales se favorecen y adquieren mediante la observación de un modelo, de igual manera, es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo. Esta modalidad de aprendizaje ha sido denominada *aprendizaje vicario*.

A partir de la Teoría del Aprendizaje Social, los comportamientos adictivos, se sitúan en una categoría de conductas inadecuadas, que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados del alcohol en forma de recompensa y castigo y la dependencia física.

Estas conductas inadecuadas, son susceptibles de cambio y pueden ser modificados a partir de la aplicación de los principios y técnicas derivados de esta teoría.

Además de los factores externos que determinan el aprendizaje de una conducta, la teoría del aprendizaje social, recalca la importancia de los procesos simbólicos vicarios y autorreguladores de la conducta (Echeverría y cols., 2004; Martínez, 2005). Estos procesos son:

1. **Simbolización:** Este proceso permite el desarrollo de modelos cognitivos internos de la experiencia que sirven como guía para la toma de decisiones.
2. **Anticipación de la acción y establecimiento de metas:** Se refiere a la elaboración de representaciones cognitivas de eventos futuros que junto con la simbolización, juegan un papel determinante y un impacto causal en el proceso de elección de la conducta en un contexto ambiental específico.
3. **Aprendizaje vicario:** Este tipo de aprendizaje se da por la observación de la conducta de otras personas, que funcionan como modelos, y de las consecuencias de la misma. Este concepto es el pilar de la teoría del aprendizaje social.
4. **Autorregulación:** Se refiere a la capacidad de regular la conducta a través de un estándar interno de procesos auto evaluativos y autoreflexivos, en donde se es capaz de reflexionar y monitorear los pensamientos e ideas propias.
5. **Determinismo recíproco:** A través de esta conceptualización, se considera a los individuos como agentes activos en la determinación de su destino. Los individuos poseen una orientación adaptativa que los lleva a elegir determinadas conductas para alcanzar sus metas, sin embargo, ocasionalmente eligen conductas poco favorables, como el consumo de alcohol. Bajo esta postura se derriba la percepción tradicional de los individuos que abusan del alcohol, como sujetos enfermos y pasivos, y los dotan de mayor responsabilidad y control ante su conducta.
6. **Expectativa de autoeficacia:** Se refiere a la percepción que un individuo tiene de su propia capacidad para realizar una determinada conducta a fin de dar respuesta efectiva a una demanda. Esta percepción también será un factor determinante en la elección de determinadas conductas, evidenciando que no sólo las consecuencias externas afectan la acción, también el pensamiento juega un papel crucial.

Según Bandura (1974), la iniciación y el mantenimiento de una conducta esta condicionada por dos variables. Una de ellas son las expectativas que el individuo tenga sobre los resultados o consecuencias de la misma, haciendo un análisis de costos y beneficios. La segunda variable es la autoeficacia, que indica el nivel de confianza que tiene el individuo para poder hacer o no dicha

conducta. La elección de una conducta resultará de la valoración hecha por el individuo calificándola como beneficiosa y de la percepción de sí mismo como poseedor de las habilidades suficientes para realizarla.

Se considera al individuo como un agente activo en el proceso de aprendizaje, por ello, una persona que abusa del alcohol puede aprender mediante mecanismos de auto regulación a modificar su consumo y hacer un uso no problemático de esta sustancia (Martínez, 2005).

Según la Teoría del Aprendizaje Social, el aprender a consumir bebidas alcohólicas es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización dentro de una cultura (Martínez, 2005). Este aprendizaje se da desde la infancia, de manera indirecta a través de actitudes, expectativas y creencias que los individuos tienen acerca del alcohol, y de forma directa por el modelamiento o aprendizaje observacional del consumo de bebidas alcohólicas. Los principales grupos que influyen en el proceso de socialización son la familia y amigos, los cuales jugarán un papel determinante en la conducta de beber.

Las experiencias directas que se tengan a partir del consumo de alcohol también son una parte muy importante en el desarrollo y mantenimiento de esta conducta. El alcohol puede actuar como reforzador negativo al retirar del sujeto algún elemento desagradable, como la tensión o la inhibición durante la interacción social y a consecuencia se transforma también en un reforzador positivo al facilitar la interacción e incrementar estados de afecto positivo, lo cuál eleva el grado de aparición de la conducta.

El consumo de alcohol puede ser utilizado como una forma de afrontar las demandas de una situación estresante, en especial en aquellas personas con deficientes habilidades de afrontamiento, al resultar una estrategia efectiva a corto plazo es muy probable que se siga presentando.

Esta teoría también sostiene la existencia de una “demanda ambiental”, la cuál generará urgencia o deseo de consumir alcohol en un individuo en sus periodos de abstinencia debido a las señales o estímulos que lo rodean, esta urgencia se calmará al ingerir alcohol, creando el ciclo de tolerancia y dependencia física del alcohol.

La tolerancia se da cuando disminuye el efecto positivo del alcohol como reforzador y por lo tanto debe ingerirse en mayor cantidad para lograr las consecuencias positivas que antes se daban a menor dosis. La dependencia física es cuando la ingesta de alcohol se hace necesaria para evitar los efectos aversivos que produce el suspender su consumo.

A largo plazo, el abuso del alcohol empieza a hacer patentes una serie de consecuencias negativas, entre ellas, pérdida de empleo, separación familiar, deterioro a la salud, entre otras. Conjuntamente se pierde el apoyo social, el individuo pierde autoeficacia y capacidad de afrontamiento. Esto genera un círculo vicioso, en dónde el individuo bebe para aminorar la ansiedad que le genera el sentirse incapaz de afrontar exitosamente las problemáticas que lo rodean y esto lo lleva a peores consecuencias.

Para esta teoría no existen factores determinantes para el abuso de bebidas alcohólicas, por el contrario sostiene que existen múltiples rutas biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación de una forma de beber problemática.

El plan de tratamiento para un comportamiento inadecuado, se deriva de un cuidadoso análisis del mismo, centrándose en las respuestas que da el usuario a su medio ambiente, enfatizando la responsabilidad que tienen en la elección de esas conductas y entrenándolo en diversas habilidades que propicien un patrón de respuestas con conductas más adaptativas y lograr un mayor nivel de autoeficacia (Echeverría y cols., 2004).

3.5.4 Técnicas de intervención

El modelo de Autocambio dirigido para bebedores problema, comparte con otras intervenciones breves de corte cognitivo conductual, el empleo de ciertas técnicas que han demostrado ser efectivas a nivel experimental, entre estas se encuentran:

1. **La entrevista motivacional:** A través de esta técnica se busca minimizar la resistencia del usuario y encaminarlo a una postura más responsable ante la evaluación de su propio problema y su compromiso para un cambio. Esta técnica resulta invaluable, pues el énfasis de las intervenciones breves es lograr un nivel de motivación que incite al usuario a iniciar un proceso de cambio en su patrón de consumo.
2. **Las etapas de cambio:** Basándose en el modelo de cambio desarrollado por James Prochaska y Carlo DiClemente (1983), se ubica al tratamiento dentro de las etapas de cambio que ellos proponen a fin de poder entender el progreso del mismo. A través de este conocimiento, se puede entender la posición del usuario y dependiendo de la etapa de cambio en que se

encuentren, involucrarlos y trabajar con ellos. Ayuda a promover el deseo de cambiar en los individuos.

3. ***Flexibilidad en cuanto a metas:*** Las metas representan para los individuos, estándares para la evaluación de su actuación. Bandura (1974) indica, que las personas se desempeñan mejor cuando han participado activamente en el proceso de elección de su propia meta, más que cuando esta es elegida por otros. En el modelo de autocambio dirigido para bebedores problema, la meta es flexible entre la moderación y la abstinencia, y es el usuario quien a partir de un cuidadoso análisis fija la suya.
4. ***Entrenamiento en autocontrol conductual:*** Es un componente fundamental dentro de este tipo de intervenciones, se define como el proceso a través del cual el individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su cambio a fin de lograr un resultado positivo (Martínez, 2005). Comprende técnicas conductuales que incluyen el establecimiento de metas, el automonitoreo, cambios específicos en la conducta de beber, recompensas por su logro, el análisis funcional de las situaciones en las que se bebe, y el aprendizaje de habilidades alternativas de enfrentamiento.
5. ***La prevención de recaídas:*** Dado que el programa de intervención es breve, resulta importante trabajar aspectos a fin de prevenir posibles recaídas (Sobell y Sobell, 2005). Desde esta perspectiva, la recuperación se considera un proceso de aprendizaje, con proyección y mantenimiento a largo plazo, las posibles recaídas que puedan suscitarse en el camino debe vivenciarse como experiencias de aprendizaje, a partir de las cuales se puede reflexionar y mejorar, y no como fracasos personales (Echeverría y cols., 2005).

3.5.4 Proceso de intervención

El proceso que sigue este modelo a fin de ayudar a los individuos a controlar su consumo de alcohol es: (1) encontrar razones de peso para reducir o interrumpir su actual consumo de alcohol, (2) fijar metas e incrementar la motivación para alcanzarlas, (3) identificar las situaciones en dónde tiene mayor probabilidad de consumir alcohol en exceso, y (4) desarrollar estrategias para enfrentar estas situaciones.

El modelo hace uso de lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo, así como el empleo de hojas de automonitoreo dónde se registra el consumo diario de alcohol por parte del

sujeto. Los usuarios asisten una vez por semana a sesiones de aproximadamente 45 minutos, en total la fase de tratamiento la constituyen, una sesión de evaluación y cuatro de tratamiento. Finalizado el tratamiento, se realizan seguimientos para evaluar el progreso del usuario a ciertos lapsos de tiempo (Echeverría y cols., 2004).

El programa de intervención se ofrece en una modalidad de consulta externa a nivel individual, sin embargo, su aplicación puede ser fácilmente adaptable a modalidad grupal y biblioterapia (Martínez, 2005).

De manera general, las actividades que se realizan en el modelo se ubican en tres fases que consideran los siguientes aspectos:

1. Diagnóstica

- a) **Admisión:** En esta primera etapa se pretende obtener toda la información básica que describa e identifique al usuario, las características de su consumo, la etapa de cambio en la que se encuentra, determinar si es candidato o no para el modelo y de ser así motivarlo hacia el proceso de cambio que va a iniciar. Los criterios de admisión del modelo ,en México, son los siguientes: (1) ser mayor de 18 años y menor de 65, (2) Leer y escribir en español, (3) Tener domicilio permanente, a fin de asegurar la permanencia en el tratamiento y la localización para los seguimientos, (4) No presentar síntomas de dependencia severa de acuerdo con la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) (5) No presentar alucinaciones, convulsiones y /o delirio tremens, (4) No tener daño orgánico, (6) No usar heroína ni drogas inyectadas, (7) No acudir a otro tratamiento de salud mental, y (8) No presentar un daño neuro-psicológico (medido con la prueba de Pistas de la batería Halstead-Reitan) (Ortega, 2000; Loyola, 2006).
- b) **Evaluación:** Este proceso es continuo e interactivo y se desarrolla antes durante y después del tratamiento, a fin de permitir la cuantificación del problema que quiere modificarse y también la respuesta a la intervención. Busca obtener información acerca de la historia y patrón de consumo, las principales situaciones de consumo y la autoeficacia del usuario ante distintas situaciones de consumo. Esto permitirá hacer una valoración del daño en el usuario y su medio a partir de su consumo de alcohol, la viabilidad de las distintas estrategias para afrontar el consumo excesivo de alcohol y por consiguiente establecer junto con el usuario una meta pertinente del tratamiento. La meta puede cambiar a través del tratamiento, he aquí la

importancia de una evaluación constante y permanente. En esta fase, la información se obtiene a través de la entrevista inicial y la aplicación de diversos instrumentos explorando indicadores del patrón de consumo (a través de la Línea Base Retrospectiva: LIBARE), situaciones de riesgo de beber en exceso (a través del Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol: ISCA), la confianza del usuario para lograr el cambio (a través del Cuestionario de Confianza Situacional: CCS) y el posterior mantenimiento, así como las consecuencias negativas resultadas del consumo. Esta información será de gran utilidad para la planeación del tratamiento.

2. Tratamiento

Paso 1. Decisión de cambio y establecimiento de meta.

El objetivo de esta primera sesión es incrementar la motivación al cambio y conocer el nivel de auto eficacia del usuario. Se busca al reflexionar junto con el usuario sobre su consumo de alcohol, reducir la ambivalencia normal de costos y beneficios ante la contemplación de un cambio tan importante en su estilo de vida. Se pretende encontrar y reforzar razones de peso para moderar o suspender su consumo de alcohol, motivarlo al cambio y establecer una meta de consumo. El modelo de intervención breve asume que los procesos de cambio son activados cuando los costos percibidos de mantener la conducta de beber sobrepasan a los beneficios percibidos del mismo comportamiento, se crea un desequilibrio en la persona y debe efectuar acciones a fin de recuperar su equilibrio, con la ayuda del terapeuta, se espera que las acciones que se tomen den un giro positivo a su estilo de vida, que sea incompatible con su anterior patrón de consumo (Zwen y Fleming, 1999). Se hace el primer establecimiento de metas, el individuo puede elegir entre la moderación o la abstinencia, esta elección se hace con base a la información que tiene sobre sus patrón de consumo, las consecuencias que le ha traído su forma de beber y el nivel de auto eficacia que percibe para lograr el cambio. Al establecer la meta de moderación, se hacen algunas recomendaciones al usuario: (1) En caso de ser hombre, consumir no más de cuatro tragos estándar por ocasión, no beber diariamente y no exceder de 12 tragos a la semana; (2) En caso de mujeres, el máximo consumo aceptado por ocasión es de tres tragos con un máximo de nueve tragos a la semana. Los límites de consumo seguro, están basados en varios estudios internacionales (Babor y cols., 1987 citados en Martínez, 2005). Se instruye al sujeto respecto a los niveles de consumo: (1) Consumo moderado, va de uno a cuatro tragos estándar; (2) Consumo

excesivo, va de cinco a nueve tragos y (3) Consumo muy excesivo cuando iguala o excede los 10 tragos estándar. Un trago estándar equivale a 12 centímetros cúbicos de etanol.

Paso 2. Identificación de situaciones de alto riesgo para el consumo excesivo de alcohol.

En este paso se guía al usuario a identificar la relación entre su estilo de vida y su problema de consumo de alcohol, encaminándolo a que identifique y describa las situaciones de riesgo que lo llevan a beber en exceso, los disparadores de ese consumo problemático y las consecuencias de su consumo, tanto mediatas como inmediatas, positivas y negativas. En este paso se aborda la prevención de recaídas.

Paso 3. Enfrentando los problemas originados por el consumo de alcohol.

Se trabaja en un programa general de solución de problemas, dónde el usuario ya habiendo identificado las situaciones de riesgo que lo llevan a consumir en exceso, en conjunto con el terapeuta, desarrollará estrategias efectivas para enfrentar esas situaciones y por lo tanto futuros problemas a consecuencia de un beber excesivo.

Paso 4. Nuevo establecimiento de metas.

Se hace un resumen final del tratamiento, evaluando el progreso del usuario y decidir si se concluye el tratamiento o se requiere de sesiones adicionales. Se hace una revaloración de la meta establecida inicialmente y se fija una nueva meta a largo plazo.

3. Seguimiento

Según Miller, es el contacto individual a intervalos designados, sistemáticos y estructurados posteriores al tratamiento (citado en Echeverría y cols., 2004). Es necesario que no sea costoso y la inversión de tiempo y esfuerzo produzca un equilibrio costo-eficacia. Se realiza al mes, tres, seis y 12 meses de haber concluido el tratamiento, los primeros dos seguimientos pueden ser vía telefónica y los dos últimos son presenciales.

Los seguimientos son un medio de retroalimentación a través de los cuáles se puede determinar la eficacia de una intervención determinada, así como descubrir y evaluar nuevas propuestas que contribuyan al mejoramiento de la intervención. En particular para este modelo, la eficacia del tratamiento se evalúa de forma objetiva a partir de la información relativa al cambio en el patrón de consumo de alcohol por parte del usuario y los problemas relacionados con éste.

En resumen, las características esenciales de esta modalidad de intervención cognitivo-conductual son (Ortega, 2000):

- a) Técnicas de autocontrol, incluyendo, auto monitoreo del consumo, auto selección de metas de tratamiento y biblioterapia.
- b) Análisis funcional de la conducta de consumo de alcohol, identificación de antecedentes y consecuentes de situaciones de beber de bajo y alto riesgo.
- c) Reestructuración cognoscitiva, al proveer estructura o lineamientos para tareas cognitivas que se espera impacten en el comportamiento, por ejemplo, los ejercicios de balance decisional para identificar costos y beneficios de su actual consumo y del cambio del mismo, el análisis funcional de las situaciones de riesgo y la elaboración de planes de acción. De igual manera, la provisión de retroalimentación personalizada ubicando al individuo dentro de los parámetros nacionales de actividades de riesgo para la salud (Sobell y Sobell, 2005).
- d) Desarrollo de planes de acción para afrontar situaciones de alto riesgo de ingesta excesiva de alcohol.
- e) Una evaluación conductual objetiva, provista por diversos instrumentos estructurados.

El Modelo de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema es único por varios aspectos: (1) Permite al cliente elegir su meta; (2) Usa rutinariamente los registros de automonitoreo como procedimientos terapéuticos, para recolección de datos y para proveer a los clientes retroalimentación en términos del cambio en el patrón de consumo de alcohol, favoreciendo el autorrefuerzo de logros obtenidos así como la advertencia de posibles recaídas; (3) Incluye la prevención de recaídas, que provee una perspectiva realista de la recuperación y manejo de posibles violaciones a la meta; (4) Es flexible, se adapta a los requerimientos y características del usuario, es posible añadir sesiones después de completar las sesiones básicas; (5) Incluye un itinerario programado de seguimientos después de la intervención; y, (6) Hace uso de lecturas breves para apoyar los componentes de balance decisional y solución de problemas.

La creación de modelos como este responde consistentemente a la actual prioridad del sector salud de desarrollar servicios costo-efectivos y validados empíricamente, su implementación en los centros de atención a la salud representa una inversión adecuada de los recursos sanitarios.

CAPÍTULO IV

EL MODELO DE AUTO CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA EN MÉXICO

A pesar del alarmante escenario epidemiológico que relata los grandes costos sociales a consecuencia del abuso de alcohol y la reciente evidencia de intervenciones costo-efectivas para prevenirlo, no existían en México servicios de salud encaminados a afrontar la problemática del sector más amplio de la población con conflictos relacionados al consumo excesivo de alcohol, “los bebedores problema”.

Es por eso, que un grupo de investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), dirigidos por el Dr. Héctor Ayala Velázquez, se dan a la tarea de investigar y tratar a la población de bebedores problema, estableciendo convenios con instituciones internacionales y de salud pública en México, para diseminar e institucionalizar procedimientos de intervención con validez empírica de efectividad, como, el Modelo de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema.

En 1992, comienza esta labor, con el proyecto de investigación titulado: Proyecto colaborativo para la investigación, entrenamiento y evaluación de la aplicación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual de consulta externa para bebedores problema en México”. Este proyecto contempló la participación del Gobierno de Canadá, de investigadores de la Fundación para la Investigación de las Adicciones de Toronto, Canadá y de la Facultad de Psicología de la UNAM (Ayala, 1997).

El modelo de Auto Cambio Dirigido para Bebedores Problema, ha sido evaluado en varios escenarios (programa de alcohol con paciente ambulatorio, centros de atención primaria), con varias poblaciones (adultos, adolescentes, hispano parlantes, hombres y mujeres, consumidores excesivos de alcohol y consumidores excesivos de otras drogas) y en formatos de terapia individual y grupal. Los resultados obtenidos han sido consistentes en reportar ganancias significativas que se mantienen hasta los seguimientos (Sobell y Sobell, 2005).

Los efectos del programa para bebedores problema, aplicado en México, coinciden con los resultados reportados en otros países con programas similares. El piloteo inicial del modelo en la República Mexicana, se realizó en una muestra de 76 sujetos, constituida en su mayoría por varones con 14 años de escolaridad y con una edad promedio de 36 años. Los resultados muestran que un 85 por

ciento de la muestra prefirió como meta de tratamiento la moderación sobre la abstinencia. La comparación del patrón de consumo antes y después del tratamiento, muestran un incremento en los días de abstinencia, así como un decremento en la cantidad de copas tomadas en un día de consumo (Ayala y cols., 2003).

A partir de los resultados del piloteo del programa, Ayala y cols. (2003), consideran necesaria una reforma en las políticas de salud pública en México, a fin de impulsar la inserción de este tipo de intervenciones preventivas en la carteta de servicios a la sociedad.

Posterior al piloteo, se realizó la aplicación formal de la intervención, esta se realizó en una muestra de 177 personas con problemas de abuso de alcohol. La muestra poseía características muy semejantes a la intervenida en el piloteo. Un 85.9 por ciento prefirió la moderación, el promedio de años de educación fue de 13.4, y la edad promedio fue de 37.5 años. Al igual que en el estudio de piloteo, se realizó una comparación del antes y después del tratamiento, haciendo seguimientos a los seis y 12 meses después de finalizada la intervención. Los efectos del programa se determinaron a través de los siguientes indicadores: 1) el patrón de consumo de los sujetos, 2) el nivel de la problemática asociada a su consumo, 3) la auto percepción de mejoría, 4) el nivel de auto eficacia y 5) la satisfacción mostrada con su calidad de vida. Los resultados muestran que el consumo excesivo de alcohol por parte de los sujetos cambió a un patrón de consumo moderado, no de abstinencia. Se redujeron los problemas asociados al consumo de alcohol, se incrementó la confianza situacional, es decir, la confianza que el sujeto tiene de afrontar exitosamente situaciones que lo ponen en riesgo de beber en exceso, se incrementaron los días de abstinencia, hubo una reducción en el número y tipo de problemas que tiene que enfrentar en su vida personal, así como por una sensación de mayor bienestar, derivada de la percepción de que han experimentado una mejoría importante en su problema de consumo excesivo del alcohol. Estos cambios perduraron hasta el seguimiento de un año (Ayala y cols., 2003; Ayala y Echeverría, 2001).

La difusión de este modelo en México, siguió las etapas planteadas por Rogers (1995), en su teoría sobre la difusión de innovaciones.

Etapas 1. Diseminación: Las primeras acciones emprendidas para transferir esta modalidad de intervención a los posibles usuarios de la misma, consistieron en la elaboración de una serie de publicaciones que reportan los hallazgos empíricos obtenidos de la aplicación del modelo en instituciones de salud. Entre esos trabajos de investigación se encuentran:

- *Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México*, Ayala, 1994.
- *Los resultados iniciales de un programa de auto control para bebedores problema en México*, Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995.
- *Detección temprana e intervención breve*, Ayala y Echeverría, 1997.
- *Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México*, Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998.

Etapa 2. Adopción: En esta fase se requiere identificar a los posibles seguidores o usuarios de la innovación y buscar la consecuente aceptación de ella. En el caso de la difusión del modelo de intervención para bebedores problema, esta etapa se realizó a través de firma de convenios interinstitucionales. Uno de estos acuerdos es el Convenio de colaboración institucional Universidad Nacional Autónoma de México- Instituto Mexicano del Seguro Social (UNAM-IMSS). Este convenio tiene por objetivo la diseminación del modelo a personal del IMSS, con la meta última de que sea adoptado por la institución. Estas labores se realizaron dentro de un proyecto de investigación titulado “Desarrollo, evaluación y diseminación de un modelo de prevención secundaria para bebedores problema en el IMSS”, aceptado y financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT 2630-H).

Un primer paso en la diseminación del modelo en el IMSS, consistió en acercamientos a través de reuniones informativas, con directores generales, coordinadores, jefes de jurisdicción sanitaria, directores de unidades de medicina familiar y medicina comunitaria de la institución. Esta labor tenía la finalidad de sensibilizar acerca de la adopción del modelo, así como identificar los posibles líderes de opinión y agentes de cambio que facilitaran el proceso de diseminación. Posteriormente se realizaron talleres interactivos, en siete clínicas del IMSS en diferentes estados de la República Mexicana, con una población total de 206 profesionales.

El objetivo de estos talleres era sensibilizar a los profesionales con respecto a la problemática del consumo excesivo de alcohol en México, así como, capacitarlos para identificar desde la consulta externa, a un nivel primario de atención, a las personas cuya forma de beber sea riesgosa, a fin de remitirlas a la institución adecuada dónde se les brinde el tratamiento indicado.

Etapa 3. Instrumentación: Esta etapa consiste en la aplicación inicial de la innovación, para el logro de este objetivo, se realizó un curso-taller de capacitación para la aplicación del modelo de auto

cambio dirigido a bebedores problema para los profesionales de la salud del IMSS (médicos, psicólogos y trabajadores sociales).

Para la realización de este curso, se editó un manual de capacitación, “*Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*” (Echeverría y cols., 2004), el cuál posee tres componentes principales:

- 1) Guía de capacitación para profesionales de la salud: En esta sección, se aborda el sustento teórico del programa.
- 2) Guía de intervención para profesionales de la salud: Aquí se especifican las pautas de acción para la aplicación del programa.
- 3) Guía del usuario: Comprende las lecturas y ejercicios que acompañaran el proceso de intervención.

El proceso de capacitación comprendió una población aproximada de 202 profesionales de la salud (120 en el Distrito federal y 82 en provincia), pertenecientes a 45 clínicas de primer nivel de atención del IMSS (13 en el Distrito Federal, 20 en Hidalgo, 4 en Morelos, 3 en Puebla, 3 en Querétaro y 2 en Tlaxcala).

Se analizó una muestra de 91 derechohabientes atendidos directamente por personal de salud del IMSS, previamente capacitado y supervisado durante el proceso de intervención por un equipo de psicólogos de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Dentro de la muestra prevalecieron los sujetos de sexo masculino, con una edad promedio de 37 años, 12.6 años de escolaridad, nivel socioeconómico medio y bajo, 66.4 por ciento casados y casi todos con empleo fijo (95.5 por ciento).

Los resultados obtenidos después de la intervención a través del modelo dirigido a bebedores problema, demuestran un aumento en los días de abstinencia (de 74 a 80 por ciento), cambió el patrón de consumo, incrementándose los periodos de consumo moderado y reduciéndose los periodos de consumo excesivo y muy excesivo. También se observó un decremento en el promedio de tragos estándar consumidos en un día de consumo. De igual manera se encontró una disminución en los problemas relacionados con el abuso del alcohol (áreas laboral, física, emocional, financiera, etc.)

Etapas 4. Mantenimiento: Esta etapa se refiere al logro de la aplicación o uso sostenido de la innovación. Esta cuestión dependerá directamente de las barreras que puedan encontrarse en los escenarios de adopción.

Se valoró la posibilidad del IMSS para adoptar y mantener la aplicación del Modelo de Auto Cambio, mediante una serie de instrumentos:

1) Instrumento de Necesidades Institucionales: A través de este medio, se analizó: (a) el apoyo de las autoridades a la difusión del programa, (b) el apoyo de los funcionarios de cada unidad, (c) la disponibilidad de instalaciones, (d) la motivación institucional, (e) la disponibilidad de políticas institucionales y (f) los recursos materiales con que cuenta cada institución para poner en práctica la aplicación del programa. Los resultados obtenidos a través de este instrumento, arrojan un escenario poco favorecedor para la implementación y adopción del modelo, ya que a pesar de poseer los recursos necesarios para realizarlo, el apoyo para la adopción del programa es decadente, lo cual dificulta su posible aplicación.

2) Instrumento de Necesidades Respecto a la Aplicación del Programa: A partir de este instrumento se analizaron: (a) los motivos para desertar el programa, (b) la disponibilidad de materiales, (c) los aspectos conceptuales, metodológicos y terapéuticos relacionados con el curso de capacitación y el tiempo dedicado a difundirlo, este último aspecto tenía como objetivo identificar posibles barreras en el proceso de diseminación del modelo. Los resultados de este análisis evidenciaron que el modelo no había logrado transmitirse claramente. Un 30 por ciento de los profesionales tenían dudas con respecto al procedimiento, 35 por ciento requerían de retroalimentación después de las sesiones, 40 por ciento tenía dudas con respecto a la secuencia de las sesiones y un 50 por ciento ha realizado, en consecuencia a estas confusiones, modificaciones al programa.

3) Instrumento de Necesidades Personales: Este instrumento analizó aspectos relacionados con: (a) la auto eficacia del terapeuta para la aplicación del modelo, (b) la motivación del terapeuta para impartir el programa, (c) la formación profesional del terapeuta y (d) el tiempo que dispone el terapeuta para organizar, planear e instruir los temas del modelo. Los resultados de la aplicación de este instrumento evidencian que la mayoría de la población de profesionales capacitados confía en sus conocimientos y habilidades adquiridas para la implementación del programa, sin embargo las condiciones laborales no favorecen su adopción, ya que las tareas que la institución demanda son incompatibles con la posible aplicación del modelo.

Etapa 5. Institucionalización: Es la fase en donde las innovaciones se formalizan y adoptan por completo dentro de un nuevo escenario, en el caso del IMSS implicarían una reforma en las políticas públicas. En el proceso de diseminación del Modelo de auto Cambio dirigido para bebedores Problema al Instituto Mexicano del Seguro Social, no puede admitirse el logro de una completa adopción del modelo, ya que las barreras institucionales lo han hecho imposible. Se alcanzó el objetivo de dotar a la población de profesionales de la salud con los conocimientos y habilidades necesarias para su aplicación, sin embargo, las políticas que rigen el proceso operativo de la institución no permiten que esta tarea se lleve a cabo.

A pesar del panorama poco alentador que representó la diseminación del modelo en el IMSS, el grupo de investigadores de la UNAM, continúan su labor de difusión a otras instituciones de sector salud, entre ellas “Centros de Integración Juvenil, A.C.” (CIJ). Estas actividades se desarrollaron como parte del Sub-programa número tres “Diseminación del Programa de Prevención Secundaria para Bebedores Excesivos de Alcohol en Instituciones de Atención a la Salud en Comunidades Urbanas y Rurales en México”, del proyecto de investigación “Desarrollo y Evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales en México”, financiado por el CONACYT.

El objetivo de esta iniciativa de diseminación, fue sensibilizar y capacitar al personal que labora en CIJ para la aplicación del modelo y posteriormente evaluar el impacto de su aplicación en lo escenarios clínicos de esta institución.

CAPÍTULO V

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

La institución ahora conocida como Centros de Integración Juvenil, fue fundada en 1969, bajo el nombre de “Centro de Trabajo Juvenil”, como resultado del esfuerzo de un grupo organizado de la comunidad, Damas Publicistas y Asociadas de México, A.C., preocupado por contrarrestar el creciente abuso de sustancias entre la población joven del país y sensibilizar a los diversos sectores sociales del país sobre esta problemática. (Centros de Integración Juvenil, 2004)

Esta nueva fundación, se encargaría de la realización de las labores de prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación en el campo de la farmacodependencia en México. En aquel entonces, el consumo de drogas entre los jóvenes era apenas un naciente problema de salud pública.

En 1972, el ejecutivo federal, representado por el licenciado Luís Echeverría Álvarez, apoyó decisivamente a la institución, con la creación del organismo descentralizado Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF), del cual pasaron a depender los centros establecidos.

Para 1973 la institución cambia su nombre por Centros de Integración Juvenil (CIJ), rótulo que mantiene hasta la actualidad.

En 1976, por decreto presidencial, el CEMEF amplía sus servicios a todo el campo de la salud mental, creándose el Centro Mexicano de Salud Mental (CEMESAM). A partir de entonces, los CIJ's se convirtieron en una institución autónoma para el trabajo en el campo de la farmacodependencia, considerada desde entonces como un problema de salud pública. (Rodríguez, 1984)

Continuamente el Gobierno Federal ha ampliado el presupuesto destinado a esta institución, ayudando también las aportaciones de los Patronatos Locales.

Dentro de la perspectiva de la salud pública, se ha enfatizado la prevención de la farmacodependencia, invirtiéndose en la misma una mayoría de los recursos tanto humanos como materiales.

Durante los años setenta, CIJ, se consolidó como institución, creció en infraestructura y popularidad entre la población. En los años ochenta la evolución de CIJ se caracterizó por la aparición de un impulso técnico-médico para normar las actividades realizadas en las unidades operativas, a nivel prevención y tratamiento. Se estableció un sindicato nacional gracias a la organización de los trabajadores, con la finalidad de asegurar homogeneidad en derechos laborales y prestaciones del

personal. Durante esta misma década, CIJ, obtuvo reconocimiento internacional por su labor y fue considerado por profesionales de otros países para capacitar y asesorar técnicamente en materia de tratamiento, prevención e investigación en farmacodependencia (Centros de Integración Juvenil, 2004).

La red de atención de los CIJ's, esta actualmente conformada por 100 unidades operativas, 19 de las cuales están en el Distrito Federal, y el resto a lo largo del territorio nacional (las únicas entidades sin centros son Tlaxcala y Campeche). Los centros están ubicados en zonas de riesgo, según estudios de riesgos macrosociales realizadas por la misma institución. Se cuenta también con seis unidades de internamiento, una clínica para usuarios de heroína y dos unidades móviles que prestan servicios a instituciones como PEMEX (Moreno, 2006).

La institución, cuenta a su vez con el denominado Centro de Información y Documentación (CID), en el cual resguarda una base de datos con cuatro acervos: Bibliográfico; Documental (con artículos científicos especializados en adicciones); Prensa (notas periodísticas); y Hemerográfico (revistas técnico-científicas nacionales y extranjeras); Videoteca y Banco de datos en CD. Además de contener los reportes de todas las líneas de investigación realizadas por parte de la institución (Centros de Integración Juvenil, 2004).

La planilla de profesionales esta constituida por casi 1,500 personas. Entre su personal básico de los equipos médico-técnico de cada Centro, se encuentran principalmente psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras, además de voluntarios y estudiantes en servicio social (Moreno, 2006).

La atención al grave problema de la farmacodependencia en México requiere la participación conjunta de personas, grupos e instituciones, es por eso, que CIJ ha establecido 2,185 acuerdos y convenios a nivel nacional o local con los sectores: Salud, Educación, Gobierno, Justicia, Laboral, Comunicaciones, social y privado, así como con organismos gubernamentales, descentralizados, paraestatales e internacionales. El establecimiento de estas concertaciones le ha permitido a la institución brindar los siguientes servicios (Centros de Integración Juvenil, 2004):

1. **Prevención:** El programa preventivo tiene como línea estratégica la educación para la salud mediante la promoción de estilos de vida saludable, más allá del consumo de drogas, lo que importa es la conservación de la salud. Este programa se ha llevado a cabo a través de pláticas informativas, sesiones de orientación y capacitación, dirigidas a todos los sectores de la sociedad, además de asesoría permanente a los grupos capacitados.

2. **Tratamiento y rehabilitación:** Detección temprana y atención terapéutica especializada para usuarios de drogas y sus familiares. En CIJ, se concibe al consumo de drogas como un problema de salud pública que ubica al adicto dentro de su contexto personal, familiar, cultural y social, para brindarle el tratamiento de acuerdo a sus características específicas. Los objetivos del programa de tratamiento y rehabilitación de CIJ, son: (1) Reducir o suprimir el uso de sustancias tóxicas; (2) Impedir la evolución de la enfermedad adictiva; (3) Identificar y tratar los padecimientos asociados, y, (4) Impulsar la rehabilitación y la reinserción social.

Las modalidades en que trabaja este programa son: (a) Consulta externa; (b) Tratamiento residencial, por un máximo de 12 semanas; y. (c) Servicio Telefónico de orientación en Adicciones (TELCIJ), contemplando no sólo aspectos preventivos y de canalización a servicios, sino, también intervención en crisis.

3. **Investigación y enseñanza:** Realización de estudios conjuntos acerca de diversos tópicos relacionados con las adicciones, que contribuyan al mejoramiento del programa de atención. Las cuatro líneas de investigación dentro de las cuáles se desempeña el programa de esta institución, son: (1) Epidemiológica, con la finalidad de conocer el panorama social de las adicciones; (2) Psicosocial, para conocer los aspectos sociales que rodean el consumo de drogas; (3) Clínica, para dilucidar los aspectos individuales asociados al consumo de drogas; y, (4)Evaluativa, a fin de valorar la eficacia de los programas puestos en marcha y retroalimentar su implementación. Los estudios derivados de las distintas áreas de investigación, no son útiles solo para CIJ, también lo son para otros organismos públicos y privados que atienden las adicciones. Por otro lado, el área de enseñanza busca consolidar a CIJ como una institución generadora de conocimientos en el área de las adicciones, a fin de contar con un mayor número de especialistas para prevención, tratamiento e investigación del consumo de drogas.

4. **Participación comunitaria:** Capacitación y formación de personas y grupos de voluntarios para que multipliquen las acciones de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, así como de apoyo al desarrollo de programas tales como: administrativas, secretariales, de diseño y elaboración de material didáctico. Participación de instituciones y personas estratégicas que coadyuven en la operación de los proyectos institucionales, a través de aportaciones en servicio, especie o efectivo. Organización de eventos que potencialicen la participación comunitaria.

5. **Difusión:** Coedición, difusión y distribución de material promocional y técnico-científico. Inclusión de artículos y anuncios en la Revista CIJ de publicación interna y en órganos de divulgación de otras instancias.

A partir del año 2001, a solicitud expresa del Consejo Nacional Contra las Adicciones, la institución, empezó a incorporar contenidos acerca del tabaco y alcohol en sus proyectos de prevención. Hasta ese entonces CIJ sólo atendía problemas concernientes a drogas ilícitas, pero el entorno social hizo expandir su espectro de atención. Firmó un convenio con el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), a fin de desarrollar actividades de prevención del abuso del tabaco, así como instalar clínicas del tabaquismo en diferentes lugares del país. Permitió que en sus instalaciones sesionaran grupos de Alcohólicos Anónimos, y estableció un convenio con la Universidad Nacional Autónoma de México, para capacitar a un segmento de su personal en el Programa de Auto Cambio Dirigido para bebedores Problema.

La Dirección de Investigación y Enseñanza de CIJ realizó un estudio piloto con el propósito de valorar la eficacia de este programa entre los usuarios de alcohol que acuden a solicitar atención terapéutica en CIJ, para poder posteriormente realizar una adaptación del mismo a fin de ser aplicado en la institución. (Centros de Integración Juvenil: Dirección de investigación y enseñanza, 2004.

MÉTODO

El presente estudio constituye la fase final del Sub-programa número tres “Diseminación del Programa de Prevención Secundaria para Bebedores Excesivos de Alcohol en Instituciones de Atención a la Salud en Comunidades Urbanas y Rurales en México”, del proyecto de investigación “Desarrollo y Evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales en México”, financiado por el CONACYT.

Representa el esfuerzo conjunto de dos importantes instituciones comprometidas con la promoción de la salud en México, la Universidad Nacional Autónoma de México y Centros de Integración Juvenil A.C.

El objetivo de esta investigación fue analizar el impacto del proceso de diseminación del Modelo de Autocambio Dirigido para bebedores problema en una muestra de profesionales que laboran en la institución “Centros de Integración Juvenil”.

Debido a que el alcance de esta investigación es plenamente descriptivo, no se formularon hipótesis por comprobar (Hernández y cols., 2006).

Se empleó un diseño no experimental, transeccional, descriptivo. El análisis comprendió dos fases, con muestras elegidas no probabilísticamente.

Se eligió este tipo de diseño por que no hay manipulación deliberada de variables ni asignación al azar de sujetos a la muestra. Se pretende evaluar las características tal y como se presentan. Por su dimensión temporal, se elige un diseño transeccional, ya que la medición se hará en un único momento y por su alcance es un estudio descriptivo (Hernández y cols., 2006).

SUJETOS

Las muestras para ambas fases de la investigación, fueron seleccionadas no probabilísticamente.

Muestra fase 1.

La muestra para la primera fase del estudio estaba conformada por 18 profesionales, todos psicólogos, que laboraban en Centros de integración Juvenil A.C. Cinco hombres y 13 mujeres.

Doce personas tenían el puesto de Psicólogo especializado, fungiendo como terapeutas en diferentes centros operativos. Se eligieron a dos terapeutas de cada uno de los siguientes Centros: (1) Naucalpan, Edo. De Méx.; (2) Venustiano Carranza, D. F.; (3) Acapulco, Gro.; (4) León, Gto.; (5) Pachuca, Hgo.; y, (5) Puebla, Pue. CIJ.

Las seis personas restantes ocupaban los siguientes cargos administrativos:

1. Jefe del Departamento de Investigación Psicosocial.
2. Subjefe del Departamento de Investigación Psicosocial.
3. Jefa del Departamento de Consulta Externa.
4. Subjefe del Departamento de Consulta Externa.
5. Técnico del Departamento de Consulta Externa.
6. Técnico del Departamento de Consulta Externa.

Muestra fase 2.

La muestra para la segunda fase del estudio estaba conformada por 18 psicólogos que laboraban en Centros de Integración Juvenil A.C. Seis hombres y 12 mujeres.

Once personas tenían el puesto de Psicólogo especializado, fungiendo como terapeutas en diferentes centros operativos.

Centro de integración Juvenil	Número de terapeutas elegidos para la muestra
Unidad de Internamiento Punta Diamante. Acapulco, Gro.	1
León, Gto.	4
Naucalpan, Edo. de Méx.	2
Venustiano Carranza, D.F.	2
Puebla, Pue.	2

Las siete personas restantes se desempeñaban en los siguientes cargos administrativos:

7. Jefe del Departamento de Investigación Psicosocial.
8. Subjefe del Departamento de Investigación Psicosocial.
9. Subdirectora del Departamento de Consulta Externa.
10. Jefa del Departamento de Consulta Externa.
11. Subjefe del Departamento de Consulta Externa.
12. Directora del Centro de Integración Juvenil Miguel Hidalgo, D.F.
13. Directora del Centro de Integración Juvenil Acapulco, Gro.

Catorce de estos profesionales participaron en el proceso de capacitación externo a CIJ, impartido por expertos de la Facultad de Psicología de la UNAM. Los cuatro profesionales restantes fueron capacitados en el proceso de capacitación interna, impartido por profesionales de CIJ egresados del proceso de capacitación externa, siguiendo las pautas de la capacitación original.

MATERIALES

Instrumentos utilizados para explorar el impacto de la disseminación del programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema, en los profesionales de CIJ:

- ***Instrumento de Conocimientos:*** Este instrumento consta de 23 reactivos con opción de respuesta dicotómica (verdadero/falso), el puntaje mínimo posible es 0 y el máximo 23. Pretende evaluar los conocimientos adquiridos acerca de los principios básicos del modelo de autocambio dirigido para bebedores problema (ver anexo 1).

- ***Instrumento de Intereses:*** Este instrumento consta de nueve reactivos, con escala de respuestas tipo likert, son cinco opciones de respuesta que oscilan de “totalmente de acuerdo” (5) a “totalmente en desacuerdo” (1), el puntaje mínimo posible es 9 y el máximo 45. Pretende identificar el nivel de interés de los profesionales de la salud para poder participar en el programa de prevención en el área de adicciones. Un mayor puntaje indicará un elevado nivel de interés y un menor puntaje ausencia o poco interés (ver anexo 2).

- ***“Entrevista de seguimiento para terapeutas”:*** Entrevista semiestructurada de 34 preguntas. Tiene por objetivo recabar la percepción y opiniones acerca de los talleres de capacitación, el modelo de auto-cambio dirigido y la implementación del mismo en la práctica profesional (ver anexo 3).

Para la instrucción de los talleres de capacitación, se usaron los siguientes materiales:

- ***Carpeta de apoyo a la capacitación:*** La información comprendida en el manual se desarrolla en los siguientes apartados: (1) Antecedentes teóricos del modelo de auto-cambio dirigido para bebedores problema; (2) Guía de intervención para los profesionales de la salud en el modelo; (3) Instrumentos de evaluación del modelo; y, (4) Manual del usuario, guía para las personas que quieren cambiar de beber (Echeverría y cols., 2004).

- ***Acetatos:*** Con información esquematizada y resumida.
- ***Video:*** Ejemplificando el manejo práctico del modelo.

Los instrumentos utilizados por los terapeutas de CIJ para la evaluación de usuarios atendidos con el modelo de auto-cambio dirigido para bebedores problema fueron los siguientes:

- ***Entrevista inicial semiestructurada.***

Esta entrevista esta constituida por un total de 50 reactivos que se engloban en los siguientes apartados: (1) Datos de identificación; (2) Salud física; (3) Situación laboral; (4) Historia de consumo de alcohol; (5) Historia de consumo de drogas; (6) Consumo de tabaco; (7) Sustancias consumidas (forma de consumo, último año de uso, frecuencia de consumo, cantidad de consumo más frecuente); y, (8) Consecuencias adversas al uso de sustancias (ver anexo 4).

- ***Breve Escala de Dependencia al Alcohol BEDA*** (Edwards y Gross, 1976).

Escala diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. La comprenden 15 reactivos con cuatro opciones de respuesta que oscilan de 0 (Nunca) a 4 (casi siempre) (ver anexo 5).

El puntaje se interpreta de la siguiente manera:

01-10: Dependencia baja

11-20: Dependencia media

21 o +: Dependencia severa

- ***Línea Base Retrospectiva LIBARE*** (Sobell y Sobell, 1992).

Este instrumento permite conocer el patrón de consumo del usuario, puesto que se le pregunta la frecuencia y cantidad de alcohol ingerido durante cada día del último año. Tiene formato de calendario que abarca un periodo que debe ser reconstruido, se le pide al usuario que anote el número de tragos estándar consumido cada día (ver anexo 6).

- ***ISCA*** (Annis y Martin, 1982)

Sirve para conocer las principales situaciones de riesgo del usuario para beber en exceso o para recaer en su forma de consumir. Consta de 100 reactivos con cuatro opciones de respuesta que van de nunca a casi siempre (ver anexo 7). Los reactivos se dividen en ocho categorías, comprendidas en dos grandes áreas:

1. Situaciones personales: Emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control y necesidad física.

2. Situaciones que involucran a terceros: Conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros.

- **Cuestionario de Confianza Situacional en formato breve CCS** (Annis y Martin, 1982)

Mide la auto-eficacia del usuario ante determinadas situaciones de riesgo, es decir, su capacidad para resistir o controlar su consumo. Consta de ocho reactivos, con las mismas categorías medidas por el ISCA. El usuario debe calificar cada situación en una escala de 0% a 100%, dónde cero representa estar totalmente inseguro de resistirse a consumir en las diversas situaciones mencionadas y 100 equivale a estar totalmente seguro (ver anexo 8).

- **Entrevistas de seguimiento a usuario** (Echeverría y cols., 2004).

Estas entrevistas revisan de manera general los mismos aspectos que la entrevista inicial, sin embargo se exploran los posibles cambios desde la finalización del tratamiento hasta la fecha del seguimiento. Se añade un apartado para preguntas acerca del tratamiento, esto con la finalidad de tener información acerca de la utilidad y satisfacción con el mismo (ver anexo 9).

PROCEDIMIENTO

La primera fase consistió en la recuperación y análisis de los puntajes obtenidos en el “*Instrumento de Conocimientos acerca del Modelo*” y el “*Instrumento de Intereses para participar en el programa de prevención en el área de adicciones*”, de 18 psicólogos de Centros de Integración Juvenil capacitados en el modelo en el año 2003.

Los psicólogos fueron evaluados con los instrumentos antes y después del proceso de capacitación en el Modelo de autocambio Dirigido para Bebedores Problema.

La capacitación se dio a través de un taller interactivo impartido por profesionales de la Facultad de Psicología de la UNAM, expertos en el modelo, acompañados de un manual de tratamiento.

El taller tuvo lugar en las instalaciones de CIJ México D.F., comprendió cinco sesiones de trabajo, con una duración total de 20 horas aproximadamente.

Descripción de las sesiones:

Sesión I. Comprendió las siguientes actividades:

Bienvenida, presentaciones de los participantes y facilitadores. Aplicación del “*Instrumento de Conocimientos acerca del Modelo*” y el “*Instrumento de Intereses para participar en el programa de prevención en el área de adicciones*”.

- 1) El contenido temático abordado en esta sesión fue: (a) Antecedentes e Introducción al modelo de Auto-Cambio dirigido, (b) Espectro de bebedores y oportunidades de intervención, (c) Etapas de cambio, (d) Entrevista motivacional y (e) Admisión

Sesión II.

El contenido temático revisado en esta sesión fue: (a) Evaluación inicial y (b) Consejo o tratamiento.

Sesión III.

Comprendió: (a) Tratamiento: Primera y segunda sesión.

Sesión IV:

Se analizaron los temas: (a) Tratamiento: Tercera y cuarta sesión.

Sesión V: Comprendió las siguientes actividades:

- 1) Discusión de los temas: (a) Seguimiento y (b) Supervisión.
- 2) Se procedió a la segunda aplicación del “*Cuestionario sobre las características de los bebedores problema*”.
- 3) Clausura.

El tipo de presentación con que se llevaron a cabo las sesiones, fue principalmente a través de conferencia, dinámicas grupales y juego de roles.

La información recabada se sujeto a un análisis estadístico inferencial a través de la prueba t de student para grupos correlacionados, con la finalidad de identificar si existían o no diferencias significativas entre los puntajes.

Para la segunda fase del estudio, se contactó a los profesionales de CIJ que participaron tres años antes en la capacitación. Sin embargo, debido a cambios en el personal de CIJ, no se pudieron localizar a seis de ellos.

Se anexaron a esta nueva muestra, siete profesionales que habían sido capacitados en el modelo de autocambio dirigido para bebedores problema en procesos de capacitación posteriores, realizados por algunos de los profesionales que habían sido capacitados en la primera fase del estudio.

A los integrantes de esta segunda muestra, se les realizó personalmente, una entrevista, siguiendo el formato de la “*Entrevista de Seguimiento para Terapeutas*”.

Durante este mismo encuentro, se recopilaron y capturaron en una base de datos computarizada algunos aspectos de los expedientes clínicos de aquellos usuarios que habían sido atendidos a través del

modelo de autocambio dirigido para bebedores problema, por los terapeutas entrevistados. Esto se realizó con la intención de conocer las características de la población de usuarios atendidos y las particularidades de la aplicación del modelo en CIJ.

Algunos de los datos de interés para la presente investigación, son los obtenidos a través de los instrumentos de evaluación inherentes al modelo, los cuales son: ***Entrevista inicial semiestructurada, BEDA, LIBARE, CCS, ISCA y Entrevista de Seguimiento a Usuario.***

El análisis de los datos recabados se desarrolló siguiendo la línea de la estadística descriptiva, obteniendo distribución de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y variabilidad para las variables continuas.

Para el análisis estadístico de los datos recabados en ambas fases de la investigación, se utilizará el Programa Computacional “***Statistic Package for Social Sciences (SPSS)***” versión 12.0.

RESULTADOS

En el presente capítulo se describen los resultados del manejo estadístico de los datos obtenidos en cada una de las fases del estudio.

Los resultados se presentarán para su mejor comprensión en dos secciones.

En la sección I, se describirán los resultados correspondientes a la fase uno del estudio, la cual consiste en la comparación del conocimiento de los profesionales sobre los principios del modelo de autocambio dirigido para bebedores problema y el nivel de interés para participar en el programa de prevención en el área de las adicciones, antes y después del taller de capacitación.

La sección II recapitulará los resultados obtenidos de la segunda fase del estudio, la cuál comprende el análisis de la información obtenida a través de la entrevista de seguimiento para terapeutas, los resultados del análisis de los datos recabados a partir de los expedientes clínicos de la población de usuarios atendida en CIJ por parte de los terapeutas capacitados y la descripción del desempeño en el modelo de dos casos particulares.

6.1 Sección I: Fase 1. Evaluación antes y después de la capacitación del nivel de interés y los conocimientos adquiridos.

Los datos recabados por el “*Instrumento de conocimientos*” y el “*Instrumento de Intereses*”, se analizaron mediante la prueba t de student para grupos correlacionados.

En lo que respecta al análisis de los puntajes del “*Instrumento de conocimientos*”, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimiento antes y después del taller de capacitación ($t = -4.862$, $gl = 17$, $p < .05$). Como puede observarse en la gráfica (Ver fig. 4), la media de conocimiento es mayor en la segunda medición (19.67) que en la primer medición (15.61).

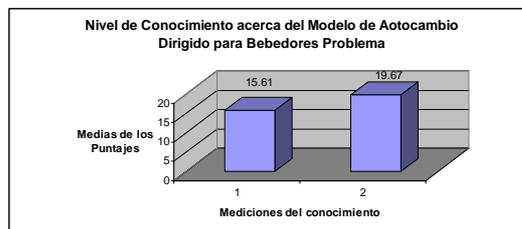


Fig. 4. Comparación de los puntajes medios obtenidos por los terapeutas en el Instrumento de Conocimientos antes y después del taller de capacitación. * $t = -4.862$, $gl = 17$, $p = .000$

En el caso del análisis de los puntajes del “*Instrumento de intereses*”, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimiento antes y después del taller de capacitación ($t = -1.713$, $gl = 17$, $p > .05$). Como puede observarse en la gráfica (Ver fig. 5), la media de interés es ligeramente mayor en la segunda medición (40.78) que en la primera medición (39.22).

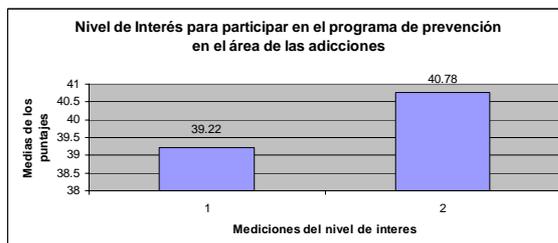


Fig. 5. Comparación de los puntajes medios obtenidos por los terapeutas en el Instrumento de Intereses antes y después del taller de capacitación. * $t = -1.713$, $gl = 17$, $p = .105$

6.2 Sección II: Fase 2. Seguimiento a terapeutas y análisis de la población atendida

6.2.1 Seguimiento a terapeutas.

Los siguientes datos se obtuvieron del análisis de las entrevistas realizadas a los terapeutas.

Las preguntas formuladas de manera cerrada, cuyas respuestas se elegían de opciones determinadas, se analizaron descriptivamente obteniendo porcentajes para cada opción elegida. El contenido de las respuestas a preguntas abiertas, se analizó agrupando la información en diferentes categorías, para después contabilizar la frecuencia de aparición de cada una.

6.2.1.1 Información relacionada al taller de capacitación.

Comparación de los puntajes medios obtenidos por los terapeutas en el Instrumento de Conocimientos antes y después del taller de capacitación. Casi tres cuartas partes de los profesionales capacitados (72.2%), se enteraron del taller de capacitación a través de su jefe directo, 22.2 % a través de sus compañeros de trabajo y la minoría (5.6 %) a través de propaganda (Ver fig. 6).

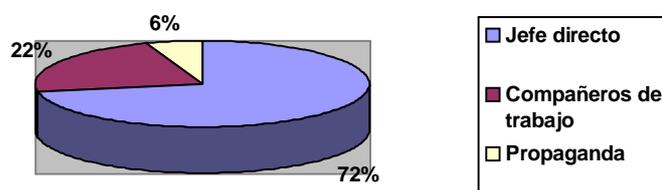


Fig. 6. ¿De que manera se enteró del taller de capacitación?

El 72.2 % de los profesionales atendieron al taller de capacitación de manera involuntaria, pues forma parte de las actividades que deben realizar dentro de la institución. El 27.8 restante asistió de manera voluntaria al taller de capacitación, por interés en el tema (Ver fig. 7).

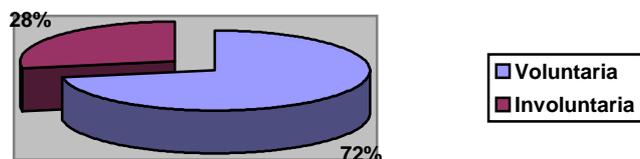


Fig. 7. Asistencia al taller de capacitación.

Casi la mitad de los profesionales (44.4%), respondieron que en una primera instancia el taller les pareció agradable, 33.3% lo catalogaron como interesante, 11.1% les pareció indiferente y al 11.1% restante les pareció desagradable (Ver fig. 8). El desagrado de los profesionales respondió a la percepción del taller como desorganizado.

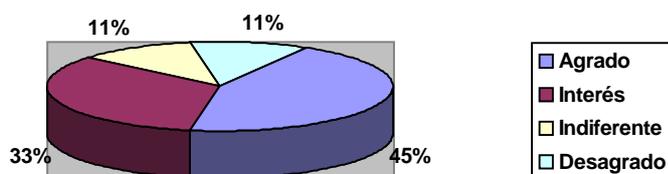


Fig. 8. Reacción inicial ante el taller de capacitación.

A más de la mitad de los asistentes (66.7%), les parecieron adecuados los materiales didácticos empleados en el proceso de capacitación, con suficiente información, precisa y clara. Al 22.2% le parecieron inadecuados, poco claros, no actualizados y con demasiada información. El 11.1% restante los calificó como regulares, pues percibían cierta dificultad para entenderlos (Ver fig. 9).

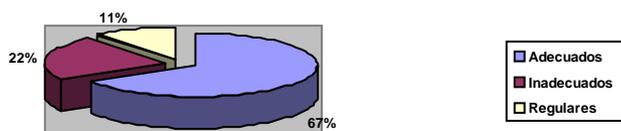


Fig. 9. Calificación de los materiales didácticos.

Más de tres cuartas partes de los profesionales (77.8%), calificaron la ponencia de los capacitadores como adecuada, argumentando que percibían un buen dominio teórico-metodológico por parte de los mismos, así como claridad y objetividad. El 22.2% de los profesionales, calificó a la ponencia como regular, ya que la percibían poco clara y con un dominio teórico-metodológico insuficiente (Ver fig. 10).

Todos los profesionales (100%), calificaron a los capacitadores como poseedores de una actitud positiva, amabilidad, disposición y accesibilidad.

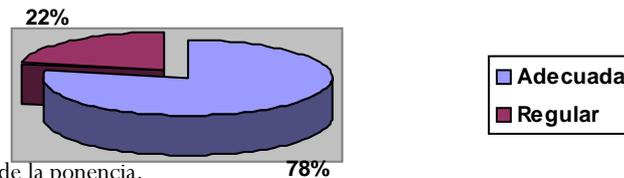


Fig. 10. Calificación de la ponencia.

El 100% de los profesionales capacitados refirió haber recibido durante el proceso ejemplos prácticos de la aplicación del modelo. Más de tres cuartas partes de los mismos (77.8%), refirieron que los ejemplos ayudaron a clarificar la información, un 11.1% refirió que los ejemplo no habían sido nada útiles para clarificar la información y el otro 11.1% refirió que sólo habían sido poco útiles (Ver fig. 11).

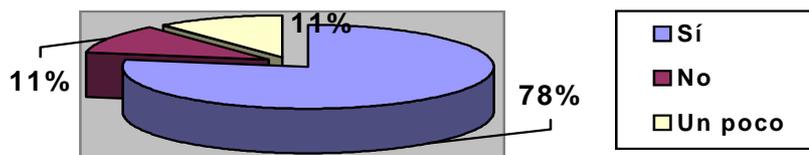


Fig. 11. ¿Los ejemplos utilizados ayudaron a clarificar la información?

Todos los profesionales capacitados (100%), afirmaron que después de la capacitación existió un espacio para aclarar dudas. Sin embargo, las personas capacitadas en el proceso externo (77.8%), no tuvieron retroalimentación directa de sus capacitadores sino a través de intermediarios, personal de CIJ a cargo del proyecto. El 22.2% restante, fueron capacitados en el proceso interno y si tuvieron retroalimentación directa por parte de sus capacitadores, personal de CIJ a cargo del proyecto (Ver fig. 12).

Los canales de comunicación UNAM-CIJ se mantuvieron abiertos, sin embargo no con la estrechez deseada, a través de medios indirectos como el correo electrónico y el teléfono, en vez de encuentros personales.

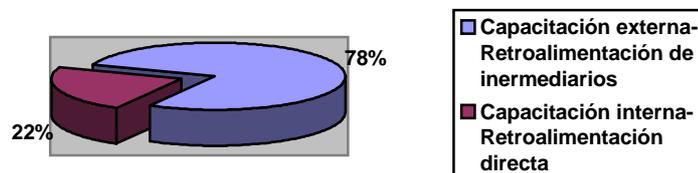


Fig. 12. Aclaración de dudas y retroalimentación.

A más de la tercera parte de los profesionales (33.3%), el proceso de capacitación les pareció adecuado y no emitieron ninguna crítica hacia el mismo. El 66.7% restante, mencionó algunos aspectos negativos del proceso de capacitación (Ver fig. 13). La principal crítica al proceso fue la poca duración del taller, esta imposibilitaba abordar plenamente la información, causando confusión en los profesionales.

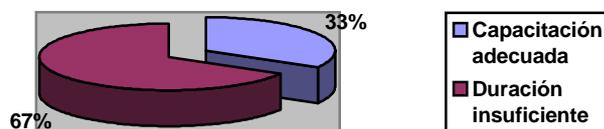


Fig. 13 Aspectos negativos del taller.

En cuanto a posibilidades para mejorar el proceso de capacitación, más de tres cuartas partes de los profesionales (77.8%), realizaron alguna sugerencia para optimizar el proceso, mientras que el 22.2% restante les pareció adecuado tal cual es.

Entre las principales sugerencias efectuadas para perfeccionar el proceso de capacitación, presentadas en orden de mayor a menor frecuencia de mención, están las siguientes: (1) Aumentar la duración del taller; (2) Mejorar los materiales didácticos; (3) Capacitación y supervisión sostenida, para retroalimentar la implementación del modelo; (4) Mejorar la ponencia, con mayor claridad y orden en la presentación de la información, así como optar por una postura más directiva a fin de aprovechar al máximo el tiempo abarcando la mayor cantidad de información posible; (5) Incluir más y mejores ejemplos prácticos que permitan clarificar el proceso de aplicación del modelo; (6) Selección cuidadosa de los terapeutas participantes, elegir a personal con compatibilidad al enfoque psicológico del modelo, disposición a aprender y entusiastas; y, (7) Efectuar un proceso de inducción al modelo, sensibilizando a los terapeutas en el enfoque teórico del que se desprende el modelo; (Ver fig. 14).

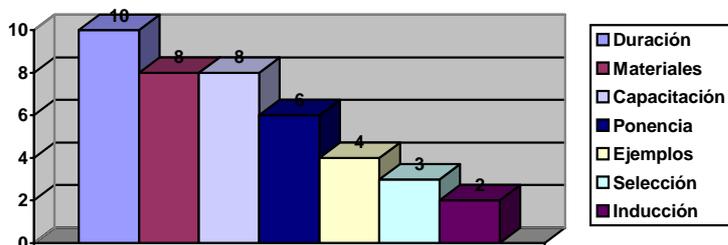


Fig. 14. Sugerencias para optimizar el proceso de capacitación.

A todos los profesionales capacitados (100%), les pareció provechosa su asistencia al taller de capacitación. Lo consideraron de utilidad para su práctica y crecimiento profesional.

6. 2.1.2 Información relacionada al modelo de auto cambio dirigido para bebedores problema.

El 100% de los participantes del taller, consideraron innovador el modelo. Entre los aspectos que resultaron más novedosos para ellos están los siguientes, presentados en orden descendente según la frecuencia con que fueron mencionados : (1) Realiza una evaluación objetiva de la problemática y progreso del usuario a través de diversos instrumentos que brindan evidencia tangible confrontando al paciente con su situación; (2) Posee una metodología estructurada y estandarizada que dirige al paciente a lo largo de su proceso, con ayuda de materiales de apoyo, convirtiendo al modelo en una herramienta accesible y breve; (3) Concibe al usuario con un rol activo, se responsabiliza a la persona de su problemática y por lo tanto de su progreso; (4) Da atención a bebedores problema, segmento de la población no reconocido y desatendido por mucho tiempo; y (5) Hace uso de la entrevista motivacional como herramienta para promover un cambio (Ver fig. 15).

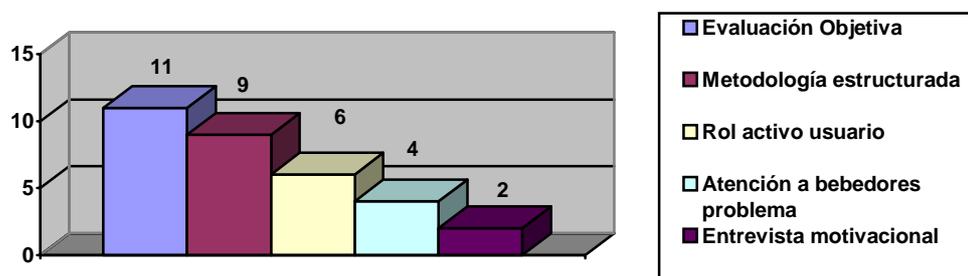


Fig. 15. Aspectos novedoso del modelo (Frecuencias de mención).

Entre las fortalezas del modelo de auto-cambio dirigido para bebedores problema, percibidas por los profesionales capacitados en el mismo, las más frecuentes, en orden descendente, fueron: (1) Evaluación objetiva; (2) Metodología estructurada y estandarizada, esta característica facilita el aprendizaje del modelo y la capacitación en el mismo, lo cual disminuye costos para la institución; (3) Es educativo y preventivo, de manera didáctica provee al usuario de factores protectores a fin de disminuir daños ocasionados por su consumo excesivo de alcohol y prevenir mayores consecuencias; (4) Atiende a la población de bebedores problema; (5) Rol activo que se le adjudica al usuario, al responsabilizarlo se compromete más con su proceso; (6) Es directivo, delimita la problemática del usuario, lo estructura y da contención; (7) Posibilidad de elegir meta, brinda más confianza y autonomía al usuario al poder elegir entre la moderación o la abstinencia; (8) Es generalizable para el tratamiento de abuso de otras sustancias; (9) Es flexible, se adapta a las características del usuario y su problemática; (10) Es cálido,

promueve la confianza y una relación terapeuta-usuario positiva que promueve la adherencia terapéutica; (11) Es breve; y, (12) Se observan resultados a corto plazo, lo cual motiva al paciente a mantenerse en el programa y disminuye en gran proporción los posibles daños que se generarían si no hubiese ninguna intervención (Ver fig. 16).

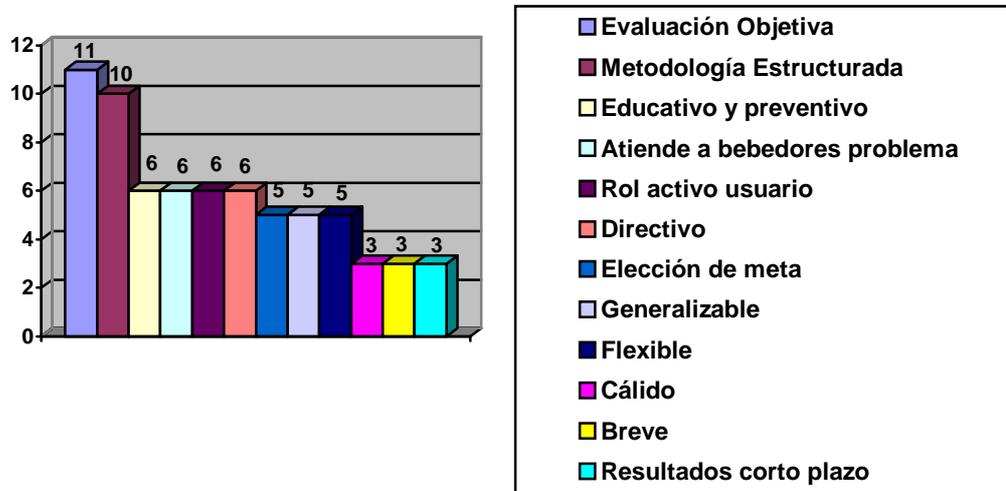


Fig. 16. Fortalezas del Modelo de Auto-Cambio Dirigido para Bebedores Problema (Frecuencia de mención).

Entre las debilidades del modelo reportadas por los profesionales capacitados, se encuentran, de mayor a menor prevalencia: (1) Fase diagnóstica muy extensa y repetitiva con la de la institución, muchos instrumentos ante los cuales los usuarios se mostraban resistentes. En esta fase se dieron muchas deserciones y la gran cantidad de material empleado y almacenado resultó en costos para la institución; (2) Empleo de tiempo adicional en calificación de instrumentos y en apoyo a las tareas con los usuarios, esto resultó complejo dado a los tiempos de atención establecidos por la institución y las múltiples actividades de los terapeutas; (3) Periodos de seguimiento a usuarios muy espaciados, generalmente los usuarios de CIJ no mantienen contactos tan prolongados con la institución, por lo tanto resultaba casi imposible realizar los seguimientos; (4) No atiende aspectos cognitivos ni emocionales, para los terapeutas esto resulta clave dentro del tratamiento y consideran el modelo más enfocado a un neto cambio conductual; (5) Tratamiento muy corto, impide tratar en su totalidad la demanda del paciente y trabajar adecuadamente con su problemática integral; y (6) Criterios de inclusión muy rígidos (Ver fig. 17).

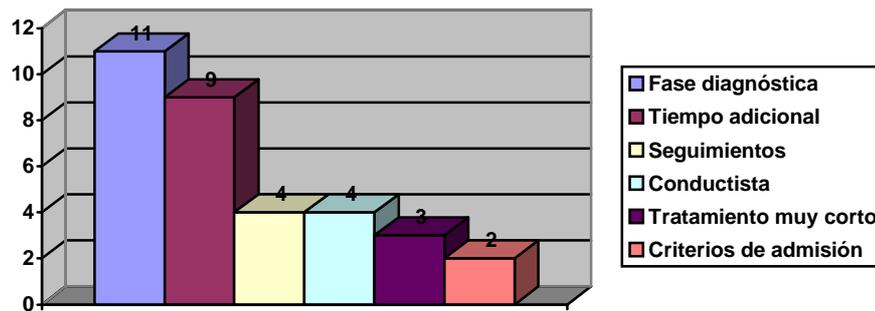


Fig. 17. Debilidades del modelo de auto-cambio dirigido para bebedores problema.

6.2.1.3 Información relacionada a la aplicación del modelo en CIJ.

Más de tres cuartas partes de los profesionales capacitados (77.8%), aplicaron el modelo después del proceso de capacitación, de estos, sólo un 66.7 % lo sigue aplicando, es decir, un 14.3% de los profesionales que aplicaron el modelo descontinuaron su uso. El 22.2% de los profesionales capacitados nunca aplicó el modelo (Ver fig. 18).

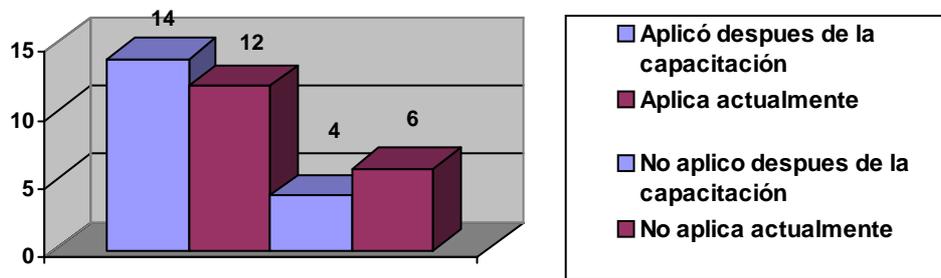


Fig. 18. Aplicación del modelo después de la capacitación y actualmente.

Entre las principales razones por las cuales los terapeutas decidieron aplicar el modelo están, según el orden de prevalencia: (1) Por cumplir la cuota de aplicaciones que les requiere la institución cuando han adquirido un nuevo conocimiento; (2) Por la efectividad mostrada del modelo, siendo una herramienta útil, breve y sencilla que provee buenos resultados; (3) Por interés de poner en práctica lo aprendido; (4) Por la demanda de atención de usuarios problemáticos de alcohol en sus lugares de trabajo (Ver fig. 19).

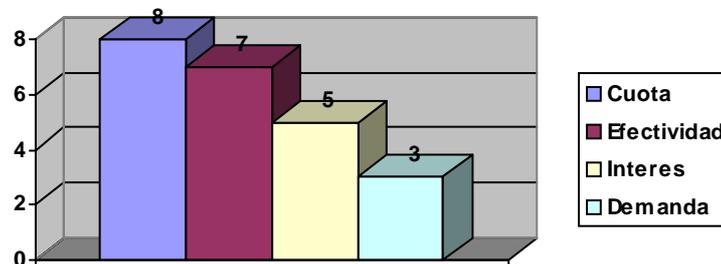


Fig 19. Razones por las cuáles se decidió aplicar el modelo.

Las personas que después de haber sido capacitadas nunca aplicaron el modelo, refieren que esta función no estaba dentro de sus actividades, ya que tenían a su cargo la supervisión de la aplicación del modelo en los centros operativos.

Las personas que descontinuaron la implementación del modelo argumentan como causa, la asignación de funciones distintas e incompatibles.

En ninguna de las dos situaciones anteriores, la no aplicación del modelo se debió a descalificación del mismo.

Más de tres cuartas partes de los terapeutas (77.8%) refirieron haber modificado o pensado en modificar la aplicación del modelo, el 22.2% restante no ha modificado ni pensado en modificar su aplicación.

Entre las principales modificaciones efectuadas o deseadas para aplicación del modelo, están: (1) Tratar la problemática global del usuario, es decir aspectos cognitivos y emocionales, no sólo tratar el consumo de alcohol sino dar atención a otras demandas; (2) Aumentar el número de sesiones, por la limitante de tiempo de consulta que establece la institución, no se puede abordar el modelo en sólo cuatro sesiones, se opta por considerarlo un modelo de cuatro pasos y el número de sesiones para abordar cada paso es indefinida; (3) Acortar la fase diagnóstica, se modificó la entrevista inicial a fin de no repetir aspectos ahondados en la historia clínica efectuada en el proceso de admisión institucional, el instrumento BEDA fue sustituido por otras pruebas de tamizaje siguiendo la norma de salud 028, las subescalas de Pistas parte A y B de la batería Halstead-Reitan, fueron consideradas por los terapeutas como pruebas poco sensibles para detectar daño cognitivo relacionado al consumo de alcohol, por lo cual fueron eliminadas del proceso de evaluación; (4) Aplicación de la esencia del modelo pero sin utilizar fielmente los instrumentos y/o formatos de trabajo y registro; y. (5) Flexibilizar los criterios de inclusión, admitiendo a usuarios con baja escolaridad apoyados de un colateral de apoyo, menores de edad con consentimiento de sus tutores y usuarios que ya han desarrollado cierto nivel de dependencia (Ver fig. 20).

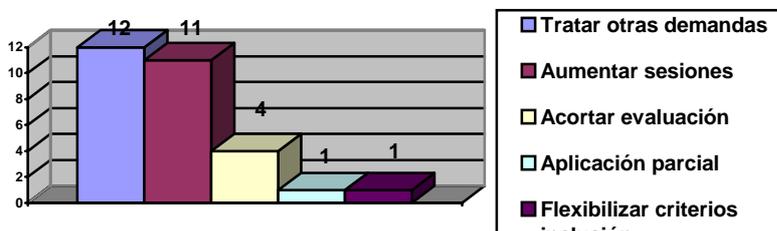


Fig. 20. Modificaciones en la aplicación del modelo.

Poco más de la mitad de los terapeutas (55.6 %), calificaron el manejo del modelo como accesible, es decir, por su estructura es fácil de entender y aplicar, pero posee cierto grado de complejidad para adaptarlo y tomar decisiones de acuerdo a las características particulares de cada sujeto, además de ser laborioso. Por su parte, el 44.4% lo calificó como fácil en su aplicación (Ver fig. 21).

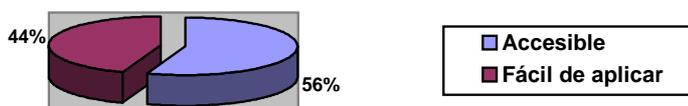


Fig. 21. Calificación del manejo del modelo en la práctica.

En el proceso de adopción del modelo en CIJ, influyeron varios aspectos facilitadores y obstaculizadores del mismo.

Para los terapeutas, los principales elementos que facilitaron la adopción del modelo fueron: (1) **Facilidades a nivel institucional**, estas se refieren a la cultura de constante actualización de la práctica de CIJ, la necesidad de incluir un tratamiento para el abuso de drogas lícitas y la provisión de recursos necesarios, como, capacitación, supervisión y materiales; (2) **Facilidades a nivel personal capacitado**, estas se refieren a la disposición a aprender por parte de los profesionales así como familiaridad y afinidad con el enfoque cognitivo-conductual del cual se desprende el modelo; (3) **Facilidades a nivel población atendida**, se refieren a la disposición de los usuarios a participar activamente en el modelo; y. (4) **Facilidades a nivel social**, se refiere a la gran aceptación de tratamientos con evidencia empírica de efectividad, así como el reconocimiento de la UNAM como institución generadora de conocimientos (Ver fig. 22).

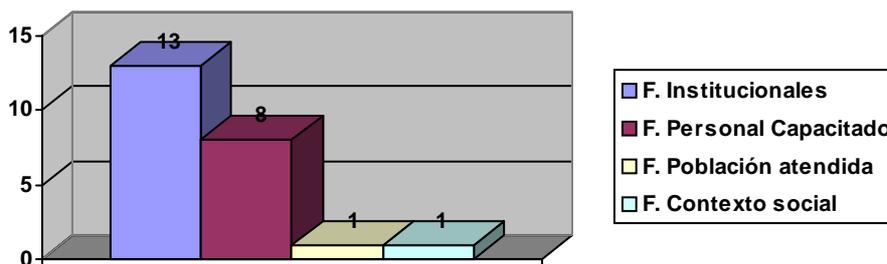


Fig. 22. Aspectos que facilitaron la adopción del modelo en CIJ.

Dentro de los principales aspectos que los terapeutas calificaron como obstaculizadores se encuentran: (1) **Obstáculos derivados de las características propias de la población atendida**, principalmente se menciona la predisposición de los usuarios a adoptar un rol pasivo (de paciente) y se

resisten al llenado de instrumentos, la realización de lecturas y tareas que comprenden el modelo, la población que acude a CIJ generalmente posee un nivel educativo bajo por lo cual efectuar dichas actividades se complejiza, aunado a esto un bebedor problema no advierte una problemática grave y por lo tanto no esta motivado a cambiar, hay alto índice de deserción y no se mantiene un contacto prolongado con los usuarios a fin de realizar los seguimientos que establece el modelo; (2) **Obstáculos a nivel institucional**, caracterizados por recursos insuficientes para la aplicación del modelo, capacitación y supervisión limitada, falta de materiales, poco personal y sobre carga de actividades; (3) **Obstáculos personales de los terapeutas capacitados**, principalmente se refieren a la incompatibilidad de su formación con el enfoque del modelo, poca disposición al cambio y actitud negativa; y (4) **Obstáculos del contexto social**, estos incluyen la estigmatización de la Psicología a nivel social y la percepción del consumo de alcohol como actividad socialmente permitida, ambos factores influyen a que la demanda de tratamiento por abuso de alcohol sea muy baja (Ver fig. 23).

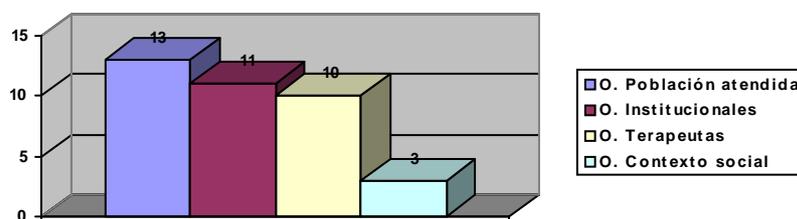


Fig. 23. Aspectos que obstaculizaron la adopción del modelo en CIJ.

El 100% de los terapeutas que aplicaron el modelo, reportaron haber obtenido resultados satisfactorios, consiguiendo en la mayoría de los caso, cambios significativos en el patrón de consumo de alcohol en los usuarios a beneficio de los mismos.

El promedio de usuarios atendidos por los terapeutas fue de 15.5. Paradójicamente, aquellos terapeutas que reaccionaron inicialmente al taller con indiferencia o desagrado atendieron en promedio un mayor número de usuarios (13.5) que los terapeutas que reaccionaron inicialmente con interés y agrado (11.6) (Ver fig. 24).

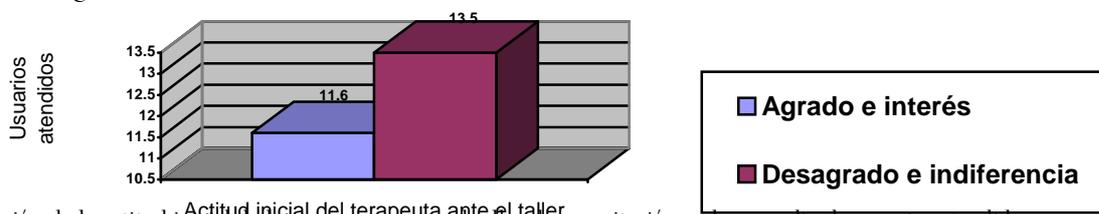


Fig. 24. Comparación de la actitud inicial de los terapeutas ante el taller de capacitación y el promedio de usuarios atendidos.

Probablemente esto se deba a que la impresión inicial que se tenía del proceso de capacitación no influyó la decisión de aplicarlo, aunado a que la implementación del programa era de carácter obligatorio y debían cumplir cierta cuota, por lo tanto no elegían a voluntad la aplicación del modelo.

6.2.1.4. Sugerencias para procesos posteriores de diseminación del modelo.

Los terapeutas, consideraron varios sectores de la población como factibles a ser capacitados en el modelo, entre los cuales están: (1) Todo el personal que labora en atención y prevención en CIJ, esta planilla comprende a profesionales de distintas disciplinas, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, supervisores, investigadores, administrativos, médicos, etc.; (2) Personal del sector salud, principalmente médicos en clínicas de primer nivel de atención; (3) Sólo profesionales de la salud mental, psiquiatras y psicólogos; y, (4) Profesionales del sector educativo, específicamente nivel medio superior y superior, todos coinciden que a este sector se deberá reforzar el proceso de capacitación (Ver fig. 25).

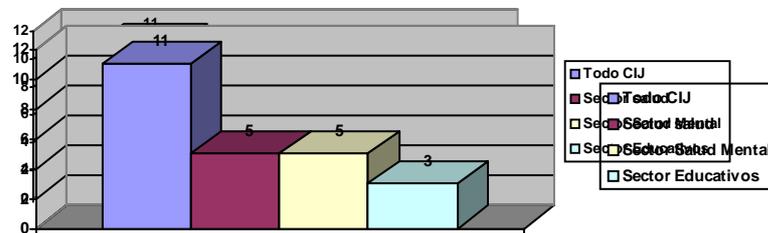


Fig. 25. Poblaciones susceptibles a ser capacitadas en el modelo.

Más de la mitad de los terapeutas capacitados (55.6%), reportaron no haber capacitado a otros profesionales en el modelo, argumentando que no se les había requerido hacerlo. El otro 44.4% de los terapeutas ha capacitado por lo menos a otro profesional interno o externo a CIJ en el modelo, argumentando necesidad de propagar el conocimiento y satisfacer la demanda de atención (Ver fig. 26).

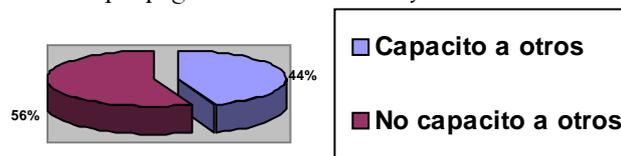


Fig. 26. Multiplicadores de conocimiento.

Todos los profesionales entrevistados (100%), refirieron que el modelo logró la aceptación por parte de CIJ, ellos explican esta reacción por la conjugación de distintos factores: (1) la cultura de

constante actualización de CIJ; (2) la necesidad de un tratamiento para abuso de alcohol; (3) tratamiento con evidencia empírica de efectividad proporcionado por una institución reconocida como la UNAM; y, (4) la efectividad que demostró el programa en su implementación dentro de la institución.

El 100% de los profesionales entrevistados, sugirió como estrategia para disseminar el modelo a más profesionales y lograr su adopción, el incrementar los esfuerzos de difusión y capacitación. Publicitar más el modelo, incluso haciendo uso de medios masivos de comunicación, dirigir esta acción al sector salud, sector educativo (principalmente escuelas a nivel medio superior y superior, para labores de prevención y detección temprana) y a la sociedad en general (para que conozcan de su existencia y demanden la atención). Capacitar a los distintos profesionales, sensibilizándolos y persuadiéndolos de la necesidad de implementar este modelo. Convencer a la audiencia de adoptar e implementar este modelo, presentando evidencias empíricas que sustenten su efectividad.

6.2.2 Análisis de la población atendida.

La exploración en esta fase comprende: (1) Análisis de la aplicación del Modelo de Auto Cambio Dirigido para bebedores problema en los Centros de Integración Juvenil, siguiendo las fases de evaluación, tratamiento y seguimiento; (2) Descripción de las características de la población atendida; y, (3) Análisis de casos. Esta exploración se realizó en base de la revisión de los expedientes clínicos.

6.2.2.1 Descripción de la aplicación del modelo en Centros de Integración Juvenil.

La muestra total analizada fue de 116 expedientes clínicos, de los cuales, casi tres cuartas partes (74.1%) tenían registros de una evaluación inicial completa, 25% evaluación inicial incompleta, es decir, faltaban registros de uno o varios instrumentos, y sólo muy pocos expedientes (0.9%) carecían por completo de evaluación inicial (Ver fig. 27).

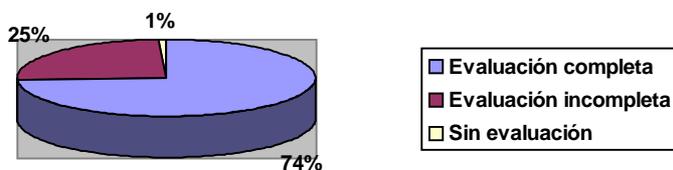


Fig. 27. Evaluación inicial de usuarios atendidos por el modelo

Cuatro de cada diez expedientes (40.5%) carecían de registros de la fase de tratamiento, una tercera parte del total de expedientes (31.9%) tenía registros completos de la fase de tratamiento y el

27.6% restante tenían registros incompletos de la fase de tratamiento, faltando de uno a más pasos de la intervención (Ver fig. 28).

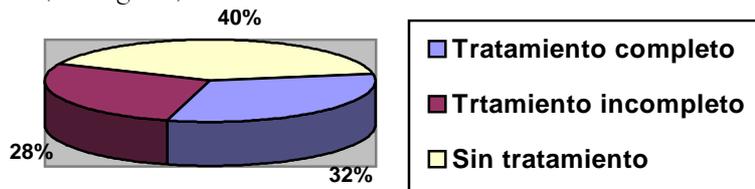


Fig. 28. Fase de tratamiento de usuarios atendidos por el modelo

Para la evaluación del seguimiento a seis meses, solo el 0.9% de los expedientes registraron la evaluación completa, el 8.6% tuvieron seguimiento pero con una evaluación incompleta, 13.3% no tuvo seguimiento a seis meses y para más de la mitad de los usuarios (67.2%) no aplicaba la realización del seguimiento dado que no se completo la fase tratamiento (Ver fig. 29).

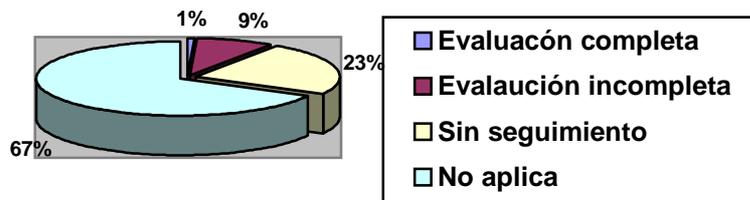


Fig. 29. Seguimiento a seis meses de usuarios atendidos con el modelo.

En el seguimiento de doce meses los porcentajes se distribuyeron de manera similar que para el seguimiento de seis meses, sin embargo hubo un ligero descenso en el número de seguimientos realizados. El 0.9% de los expedientes tenía registros de una evaluación completa, el 3.5% tuvieron el seguimiento a doce meses pero con una evaluación incompleta, al 27.8% de los casos que completaron el tratamiento bajo el modelo no se les hizo seguimiento a doce meses y el 67.8% restante, no era candidato para la realización de este seguimiento debido a que no concluyó la fase de tratamiento (Ver fig. 30).

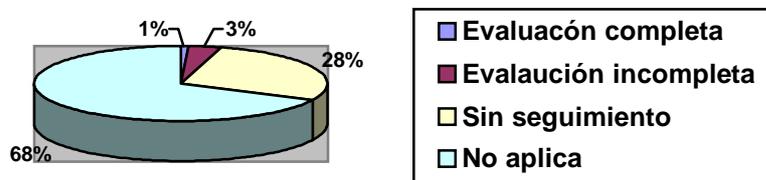


Fig. 30. Seguimiento a doce meses de usuarios atendidos con el modelo.

Los usuarios fueron atendidos desde el año de la capacitación, 2003, hasta el presente 2006. La mayor parte de los casos (40.6%) fueron atendidos en el año 2004, en el 2003 se atendió una tercera parte de los usuarios (33.6%), en el 2005 el 14.2% y en el 2006 se atendió el 6.2% (Ver fig. 31).

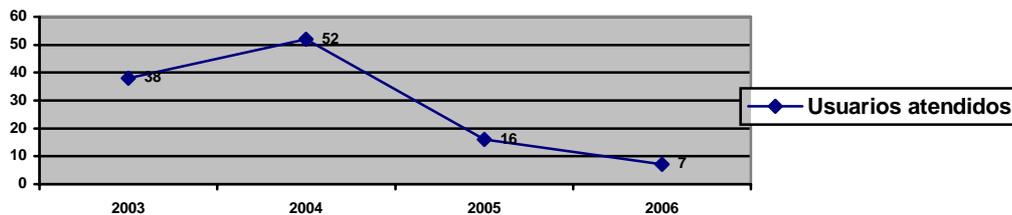


Fig. 31. Distribución de usuarios atendidos en los Centros de Integración Juvenil en el periodo 2003-2006.

6.2.2.2 Características generales de los usuarios atendidos al inicio del tratamiento.

En la población atendida, prevalecían sujetos de sexo masculino (81.2%), mientras el sexo femenino representaba sólo un 18.8% (Ver fig. 32).

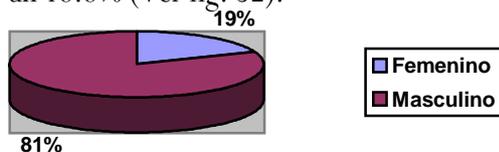


Fig. 32. Porcentaje de hombres y mujeres en la población de usuarios atendidos.

Las edades de la población atendida oscilaban de los 14 a los 62 años de edad. El promedio de edad se encuentra a los 29 años, los sujetos se desvían en promedio 10 unidades de la escala. La mitad de la población se encuentra debajo de los 27 años y la mitad se encuentra por arriba de la misma edad. La edad que se presentó con mayor frecuencia fue 23 años (Ver tabla 1).

Variable: Edad	
Moda	23
Mediana	27
Media	29.34
Desviación estándar	10.267
Edad máxima	62
Edad Mínima	14
Rango	48

Tabla 1. Edades de los usuarios atendidos.

La mayoría de los usuarios se agrupa en el rango de los 20-40 años, la categoría que corresponde a adultos jóvenes (Ver fig. 33).

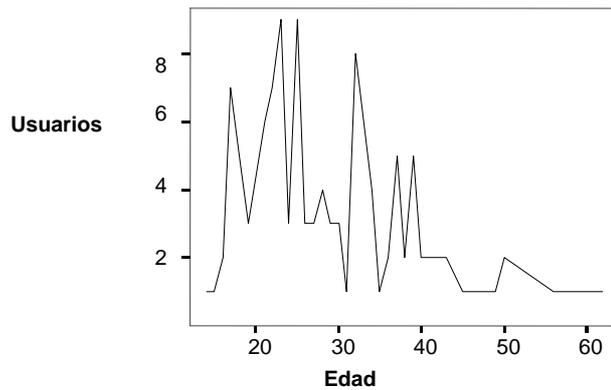


Fig. 33. Edades de los usuarios atendidos.

En cuanto a la escolaridad de los usuarios atendidos, 12.4 % tiene educación primaria o menos, 32% educación secundaria trunca o terminada, 36.1% educación a nivel medio superior trunca o terminada y 19.6% educación superior trunca o terminada. La mayoría de la población posee una escolaridad media, localizándose en las categorías de educación secundaria y preparatoria o equivalente (Ver fig. 34).

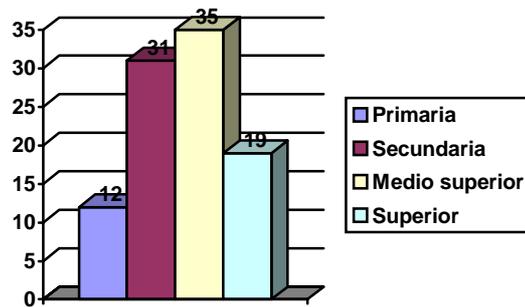


Fig. 34. Nivel de escolaridad de los usuarios atendidos.

Poco más de la mitad de los usuarios (51.8%) eran solteros, el 39.1 % vivían con su pareja y el 9.1% restante se encontraba separado de su pareja (Ver fig. 35).

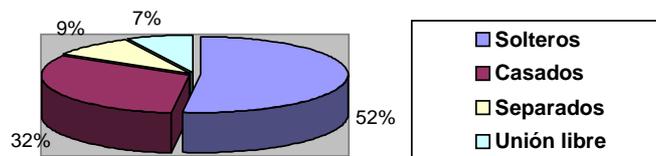


Fig. 35. Estado civil de los usuarios atendidos.

La mayoría de los usuarios (42.5%) eran empleados de tiempo completo, un 17% eran estudiantes, un 15.1% trabajaban de forma independiente, un 8.5% eran empleados de medio tiempo, otro 8.5% se encontraban desempleados, un 6.6% tenían un trabajo temporal y sólo un 1.9% eran jubilados (Ver fig. 36).

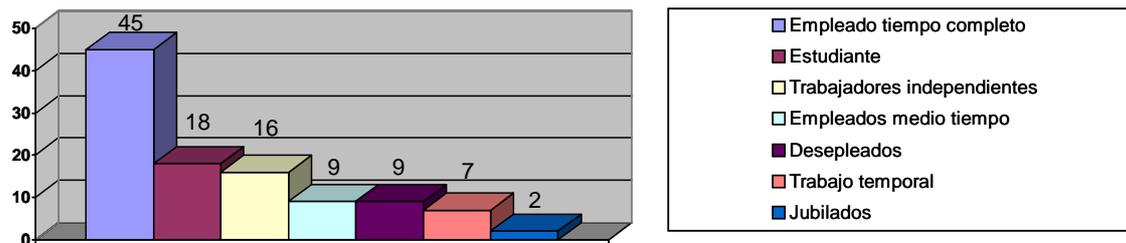


Fig. 36. Situación laboral de los usuarios al inicio de la intervención.

6.2.2.3 Características relacionadas al consumo de alcohol de los usuarios atendidos (Evaluación inicial).

Las características que se describirán a continuación fueron obtenidas de los instrumentos utilizados durante la evaluación inicial de los usuarios, la cuál se realiza en la fase diagnóstica del tratamiento.

Más de la mitad de los usuarios atendidos (56.5%) reportó que las actividades que realizan durante su tiempo libre suelen estar relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas. El 43.5% restante negó que sus actividades tuvieran alguna relación con el consumo de alcohol (Ver fig. 37).

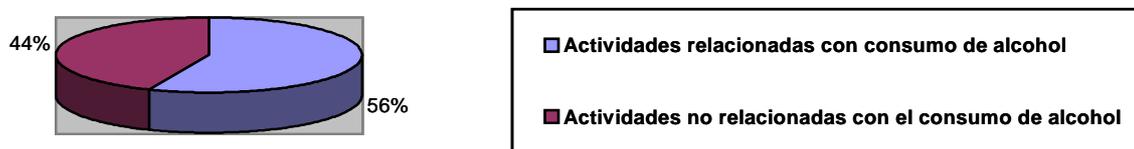


Fig. 37. Relación de las actividades realizadas en el tiempo libre con el consumo de alcohol.

La mayoría de los usuarios atendidos (91.4%), acudieron a CIJ con el abuso de alcohol como principal problema de atención, un 7.1% de los usuarios tenía problemas con otra sustancia además del alcohol y sólo un 1.4% consideraba no tener ningún problema y había acudido por presión de terceros (Ver fig. 38).

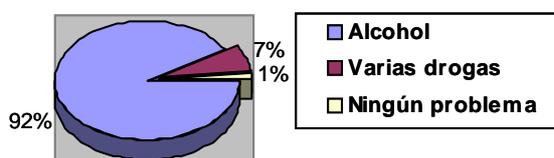


Fig. 38. Principal problema por el que acudieron los usuarios a CIJ.

El 74.3% de los usuarios atendidos nunca había buscado ayuda para su problemática y el tratamiento en CIJ era su primer intento de atender su problemática, poco más de una cuarta parte de

los usuarios atendidos (25.7%) habían recibido anteriormente algún tipo de ayuda para su problema (Ver fig. 39).

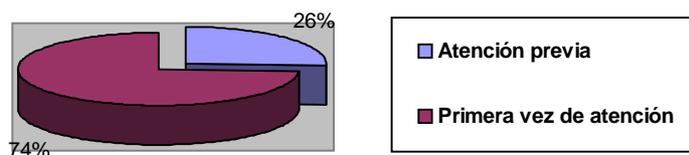


Fig. 39. Atención del usuario a su problemática.

Los grupos de auto-ayuda, fueron el principal tipo de atención recibida previamente por los usuarios (80%), seguidos por tratamientos médicos de consulta externa (15%) y en última instancia los centros de desintoxicación (5%) (Ver fig. 40).

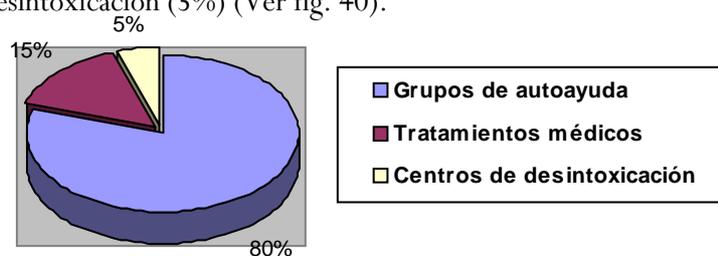


Fig. 40. Tratamientos previos buscados por los usuarios atendidos.

Más de la mitad de los usuarios atendidos (64.5%) refirió que no recibían ningún tipo de presión para beber, un 27.1% refirió que habían sido presionados para beber alcohol por sus amigos, un 5.6 % refirió haber sido presionado tanto por sus amigos como por sus familiares y un 2.8% refirió sólo ser presionado por sus familiares (Ver fig. 41).

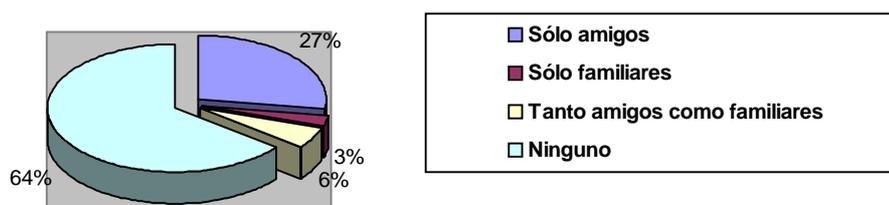


Fig. 41. Presión para consumir bebidas alcohólicas.

La mayoría de los usuarios (73.4%) mencionó a su familia como principal grupo de apoyo para el cambio en su consumo de alcohol, un 18.8% consideró que tanto su familia como sus amigos lo apoyarían para el cambio, un 4.7% mencionó que nadie lo apoyaría, un 1.6% consideró que sólo sería apoyado por sus amigos y el restante 1.6% no quiere el apoyo de nadie (Ver fig. 42)

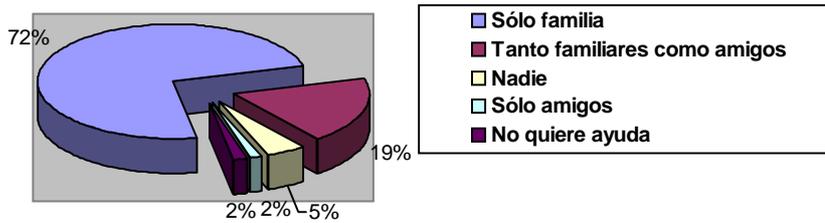


Fig. 42. Grupos de apoyo al usuario en el proceso de cambio en su consumo de alcohol.

En la evaluación inicial, el 6.5% de los usuarios calificaba estar muy satisfecho con su actual estilo de vida, un 30.8% refería estar satisfecho únicamente, un 29.9% estaba inseguro acerca de cómo calificar su estilo de vida, un 20.6% se calificaba como insatisfecho y un 12.1% como muy insatisfecho. La mayoría de población de usuarios atendidos tiende a situarse como satisfecho con su actual estilo de vida o inseguro, es decir, dudando entre la satisfacción y la insatisfacción (Ver fig. 43).

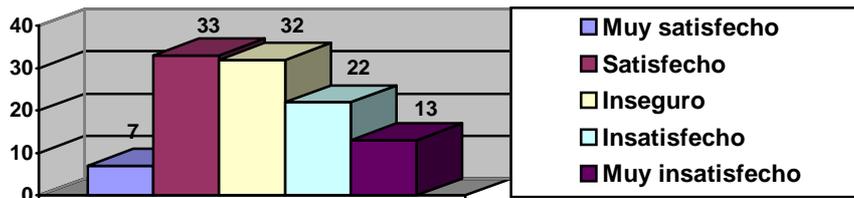


Fig. 43. Grado de satisfacción con su actual estilo de vida en los usuarios atendidos al inicio de la intervención.

Más de la mitad de los usuarios (67.1%) reportó no haber trabajado por lo menos en una ocasión como resultado de consumir bebidas alcohólicas en el último año antes de iniciar la intervención, el 32.9% restante no se ausentó del trabajo en ninguna ocasión (Ver fig. 44).

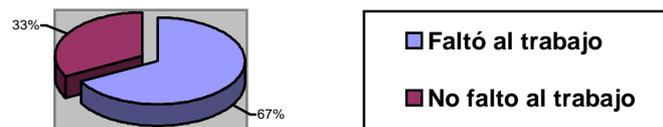


Fig. 44. Ausentismo laboral de los usuarios relacionado al consumo de bebidas alcohólicas en un año.

Los días de trabajo perdidos por los usuarios a consecuencia de un consumo excesivo de alcohol oscilan de 0 a 200 en el periodo de un año. El promedio de días perdidos fue de 14.7, de este punto, los datos se desvían en promedio 30.9 unidades de la escala. La mitad de los datos se distribuyen por debajo de los tres días de trabajo perdidos y la mitad por arriba. La cantidad de días de trabajo perdidos que se presentó con mayor frecuencia fue cero (Ver tabla 2).

Variable: Días de trabajo perdidos a consecuencia de consumo excesivo de alcohol	
Moda	0
Mediana	3
Media	14.7
Desviación estándar	30.9
Número máximo de días perdidos	200
Número mínimo de días perdidos	0
Rango	200

Tabla 2. Días de trabajo perdidos por los usuarios a consecuencia de consumo excesivo de alcohol.

Más de tres cuartas partes de los usuarios (76.2%) reportaron no haber perdido en ninguna ocasión su empleo a consecuencia de consumir bebidas alcohólicas, sin embargo, casi una cuarta parte (23.8%) en alguna o varias ocasiones perdieron su empleo a consecuencia de consumir bebidas alcohólicas (Ver fig. 45).

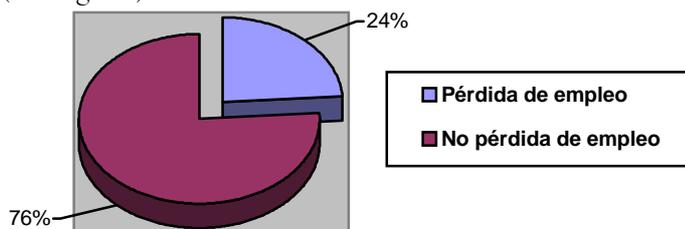


Fig. 45. Pérdida de empleo a consecuencia de consumir bebidas alcohólicas.

El número de ocasiones en que los usuarios perdieron su empleo a consecuencia del consumo de alcohol, oscila de cero a 20. El promedio de veces en que se perdió el empleo es de 0.67, cantidad a partir de la cuál, los datos se desvían en promedio 2.58 unidades de la escala. La cantidad que se presenta con mayor frecuencia es el cero (Ver tabla 3).

Variable: Ocasiones en las cuales el usuario perdió su empleo a consecuencia de consumir bebidas alcohólicas	
Moda	0
Mediana	.00
Media	0.67
Desviación estándar	2.58
Número máximo de días perdidos	20
Número mínimo de días perdidos	0
Rango	20

Tabla 3. Pérdida de empleo a consecuencia de consumir bebidas alcohólicas.

Los usuarios reportaron que en promedio destinan 31.38% de su salario mensual en compra de bebidas alcohólicas, a partir de este porcentaje, los datos se desvían en promedio 23.65 unidades de la escala. El rango en el que se dispersaron los datos fue desde un cero por ciento, es decir, aquellos

quienes no gastaban nada de su salario en alcohol, hasta un 100%, aquellos que lo gastaban todo. La mitad de los datos se encontraba arriba del 25% y la mitad por debajo. El porcentaje que reportaron los usuarios más frecuentemente fue 10 (Ver tabla 4).

Variable: Porcentaje de salario mensual destinado a comprar bebidas alcohólicas.	
Moda	10
Mediana	25
Media	31.38
Desviación estándar	23.65
Porcentaje máximo de salario invertido	100
Porcentaje mínimo de salario invertido	0
Rango	100

Tabla 4. Porcentaje de salario mensual destinado a la compra de bebidas alcohólicas.

La mayoría de los usuarios (88%) no fueron hospitalizados durante el año anterior al inicio del tratamiento por causas relacionadas al consumo de alcohol, un 12% estuvo hospitalizado por lo menos un día (Ver fig. 46).

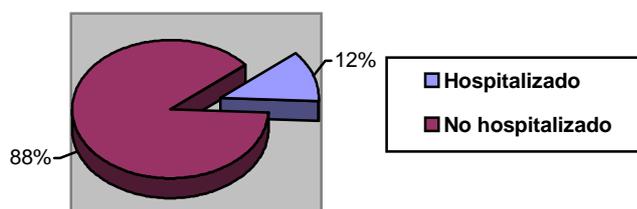


Fig. 46. Hospitalización por causas relacionadas al consumo de alcohol.

El promedio de días de hospitalización por causas relacionadas al consumo de alcohol para la población de usuarios atendidos fue menor a un día (0.73), a partir de este punto, los datos se desviaban en promedio 3.36 unidades de la escala. El rango en que se distribuyeron los datos fue de cero días de hospitalización como mínimo hasta un máximo de 21 días hospitalizado. El número de días hospitalizado que se presentó con mayor frecuencia fue cero (Ver tabla 5).

Variable: Número de días de hospitalización por causas relacionadas al consumo de alcohol	
Moda	0
Mediana	0.00
Media	0.73
Desviación estándar	3.36
Número máximo de días hospitalizado	21
Número mínimo de días hospitalizado	0
Rango	21

Tabla 5. Días de hospitalización por causas relacionadas al consumo de alcohol

Más de a mitad de los usuarios (67.5%) reportaron no haber tenido ningún problema con la autoridad como arrestos o detenciones relacionadas al consumo de alcohol durante el año anterior al inicio del tratamiento, el 32.5% restante tuvo problemas de esta índole en por lo menos una ocasión (Ver fig. 47).

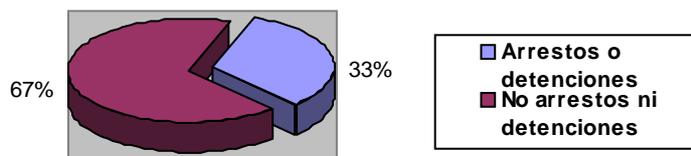


Fig. 47. Problemas con autoridades como arrestos o detenciones por consumo de alcohol.

El promedio de arrestos o detenciones para los usuarios fue de 0.73, a partir de este dato, los demás se dispersan desviándose en promedio 2.38 unidades de la escala. El rango en que se distribuyen los datos va desde cero como mínima cantidad de arrestos o detenciones, hasta 20. La categoría que se manifiesta con mayor frecuencia es cero (Ver tabla 6).

Variable: Número de arrestos o detenciones relacionadas al consumo de alcohol	
Moda	0
Mediana	0.00
Media	0.73
Desviación estándar	2.38
Número máximo de días hospitalizado	20
Número mínimo de días hospitalizado	0
Rango	20

Tabla 6. Número de arrestos o detenciones por consumo de alcohol en el año previo al inicio de tratamiento.

En promedio, los usuarios reportaron consumir alcohol desde hace 11.72 años. Los datos se desviaban de este promedio 8.57 unidades de la escala. Se dispersaron en un rango que oscilaba de cero años de consumo, es decir, cuando el inicio del consumo era de meses atrás, hasta un periodo de 37 años. Diez años bebiendo, fue la cantidad que se reportó con mayor frecuencia y este dato dividió la población a la mitad (Ver tabla 7).

Variable: Número de años que ha consumido alcohol	
Moda	10
Mediana	10
Media	11.72
Desviación estándar	8.57
Número máximo de años bebiendo	37
Número mínimo de años bebiendo	0
Rango	37

Tabla 7. Número de años de consumo de alcohol.

Los usuarios se consideran bebedores excesivos desde en promedio 5.28 años, a partir de esta cantidad los datos se desvían en promedio 6.24 unidades de la escala. Los datos se distribuyen en un rango de 0 a 30 años. La mitad de los datos se ubica por encima de los 3 años y la otra mitad por debajo de la misma cantidad. La categoría que se repite con mayor frecuencia es 1 año como bebedor excesivo (Ver tabla 8).

Variable: Número de años que ha sido un bebedor excesivo.	
Moda	1
Mediana	3
Media	5.28
Desviación estándar	6.24
Número máximo de años bebiendo	30
Número mínimo de años bebiendo	0
Rango	30

Tabla 8 Número de años que ha sido un bebedor excesivo.

La mayoría de los usuarios tienden a describir su consumo de alcohol durante el último año previo al tratamiento con algún grado de problemática. El 29.2% de los usuarios atendidos describen su problema de consumo de alcohol al inicio del tratamiento, como “*un problema mayor*”. Un 28.3% lo describen como un “*gran problema*”. Un 27.4% lo califica como un “*un problema menor*”. Un 7.5% lo considera un “*pequeño problema*” y el 7.5% restante considera no tener “*ningún problema*” (Ver fig. 48).

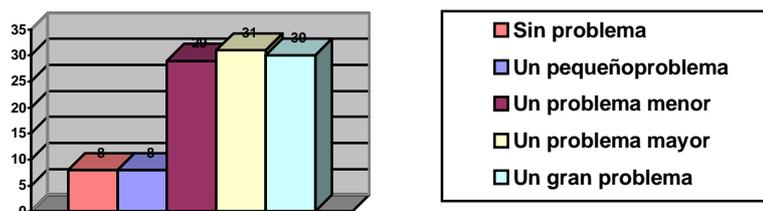


Fig. 48. Descripción de los usuarios de su consumo de alcohol durante el año previo al tratamiento.

La gran mayoría de los usuarios (91.8%) reportaron que antes de ingresar al tratamiento ya habían tenido uno o más intentos serios para disminuir o dejar su consumo de alcohol, sólo un 8.2% no había tenido intentos serios para modificarlo (Ver fig. 49).

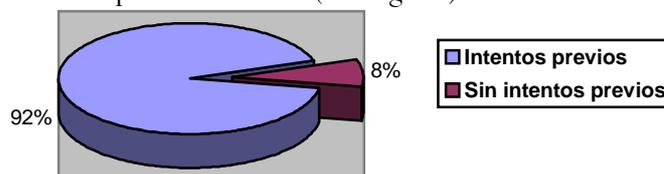


Fig. 49. Intentos serios por dejar o reducir el consumo de alcohol.

En promedio los usuarios han intentado seriamente dejar o reducir su consumo de alcohol en 3.92 ocasiones. A partir de este punto los datos se desvían en promedio 5.46 unidades de la escala. El número de intentos mínimo ha sido cero y el máximo número de intentos ha sido 32. La mitad de los datos se encuentra por arriba de los tres intentos y la mitad por debajo. El número de intentos que se repite con mayor frecuencia es uno (Ver tabla 9).

Variable: Cantidad de intentos serios por dejar o reducir el consumo de alcohol	
Moda	1
Mediana	3
Media	3.92
Desviación estándar	5.46
Número máximo de intentos	32
Número mínimo de intentos	0
Rango	32

Tabla 9. Cantidad de intentos serios por dejar o reducir el consumo de alcohol en el año previo al ingreso al tratamiento.

El mayor número de meses consecutivos que el usuario se ha propuesto y ha dejado totalmente su consumo de alcohol, es en promedio 5.6 meses. A partir de este punto, los datos se desvían 10.48 unidades. El rango en que se dispersan los valores va desde cero meses, es decir cuando la abstinencia duró menos de un mes, hasta 72 meses consecutivos de abstinencia. La mitad de los datos se ubica por arriba de los dos meses de abstinencia y la otra mitad por debajo del mismo valor. El periodo de abstinencia reportado con mayor frecuencia fue de un mes (Ver tabla 10).

Variable: Mayor número de meses consecutivos que el usuario se ha propuesto y ha dejado totalmente su consumo de alcohol.	
Moda	1
Mediana	2
Media	5.6
Desviación estándar	10.48
Número máximo de intentos	72
Número mínimo de intentos	0
Rango	72

Tabla 10. Mayor número de meses consecutivos de abstinencia.

En promedio, los usuarios prefieren el consumo de cerveza en un 61.3%, el consumo de destilados en 35.3%, el consumo de vino en 3% y pulque un 0.4% (Ver fig. 50).

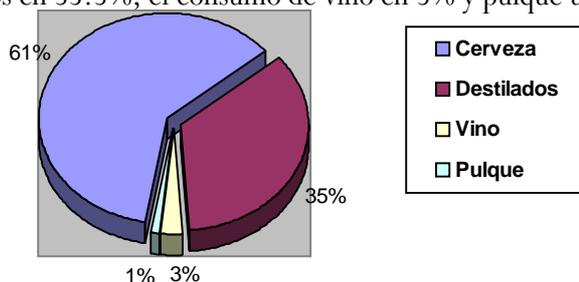


Fig. 50. Porcentaje de consumo por tipo de bebida en los usuarios atendidos.

La edad promedio en que los usuarios iniciaron su consumo de alcohol fue a los 16.1 años. A partir de este valor, los datos se desvían en promedio 3.9 unidades de la escala. La edad mínima en que se inició el consumo de alcohol fue a los 6 años, la máxima a los 34 años. La mitad de los datos se encuentran por arriba de los 16 años y la mitad por debajo. La edad de inicio reportada con mayor frecuencia fue a los 15 años (Ver tabla 11).

Variable: Edad de inicio de consumo de alcohol (Años)	
Moda	15
Mediana	16
Media	16.1
Desviación estándar	3.9
Edad máxima	34
Edad mínima	6
Rango	28

Tabla 11. Edad de inicio de consumo de alcohol en los usuarios atendidos.

Los usuarios atendidos valoraron los perjuicios que el abuso de alcohol traía a sus vidas de la siguiente manera:

1. Daño físico: Más de la mitad de los usuarios (52.3%) refirieron no tener ningún daño físico a consecuencia del abuso de alcohol, el 47.7% restante reportó haber recibido avisos preventivos por parte de su médico debido a alguna enfermedad o accidente relacionado con su consumo de alcohol (Ver fig. 51).

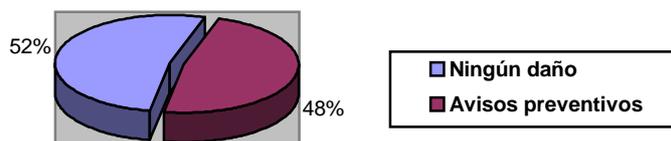


Fig. 51. Porcentaje de daño físico en los usuarios a causa del consumo de alcohol

2. **Daño cognitivo:** El 27.7% de los usuarios refirió no haber tenido daño cognitivo a raíz de su consumo de alcohol, casi la mitad de los usuarios (44.6%) señaló haber padecido daño cognitivo (como lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento) en cinco o menos ocasiones, el 27.7% restante refirió daño cognitivo en más de cinco ocasiones (Ver fig. 52).

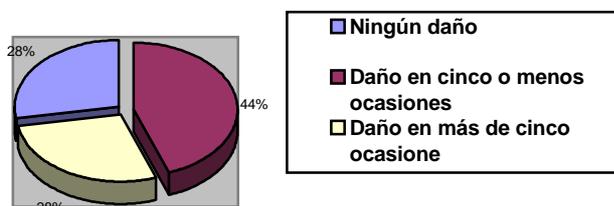


Fig. 52. Porcentaje de daño cognitivo en los usuarios a causa del consumo de alcohol

3. **Daño afectivo:** El 12.3% señaló no tener ningún problema afectivo (como borracheras, cambios de humor, cambios de personalidad, etc.) a consecuencia de su consumo de alcohol, un 36.9% señaló que su forma de consumir le ha acarreado problemas afectivos menores (sin consecuencias en el comportamiento diario) y poco más de la mitad (50.8%) calificó sus problemas como mayores (con consecuencias en el comportamiento diario) (Ver fig. 53).

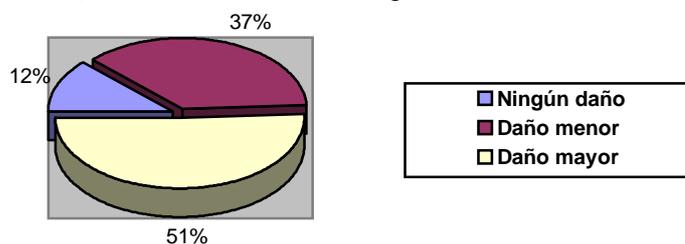


Fig. 53. Porcentaje de daño afectivo en los usuarios a causa del consumo de alcohol.

4. **Daño Interpersonal:** El 21.5% de los usuarios refirió no tener ningún problema interpersonal a consecuencia de consumo de alcohol, casi la mitad de los usuarios (47.7%) reportaron problemas interpersonales menores (solamente discusiones) y el 30.8% restante problemas interpersonales mayores (pérdidas o amenaza de pérdidas de relaciones debido al consumo) (Ver fig. 54).

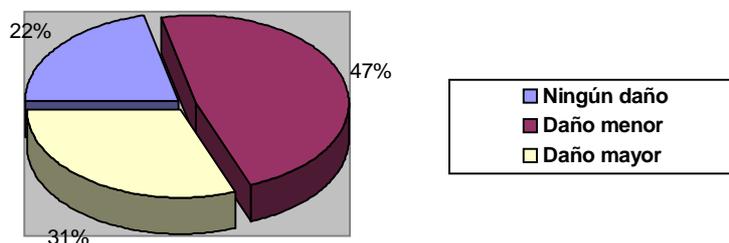


Fig. 54. Porcentaje de daño interpersonal en los usuarios a causa del consumo de alcohol

5. **Agresión:** El 27.7% de los usuarios afirmó que no ha presentado conductas agresivas a consecuencia de su consumo de alcohol, casi a mitad (46.2%) refirieron haber presentado conductas de agresión verbal a consecuencia de su consumo de alcohol y el 26.2% restante refirió haber presentado conductas de agresión física (Ver fig. 55).

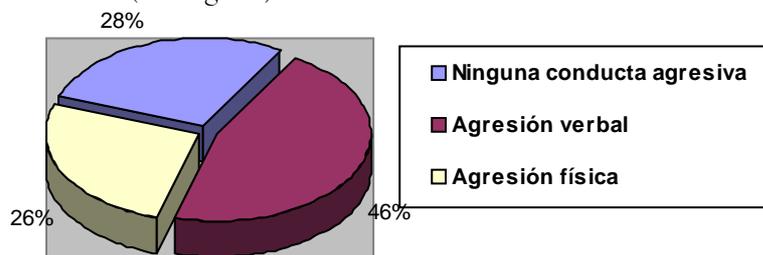


Fig. 55. Porcentaje de agresión en los usuarios a causa del consumo de alcohol

6. **Problemas laborales:** Casi la mitad de los usuarios (44.6%) reportaron no tener ningún problema en el área laboral, el 38.5% refirieron que su trabajo se ha visto afectado a consecuencia de su consumo de alcohol, el 16.9% restante refirió que su consumo de alcohol ha provocado amenazas de pérdida de trabajo o la real pérdida del mismo (Ver fig. 56).

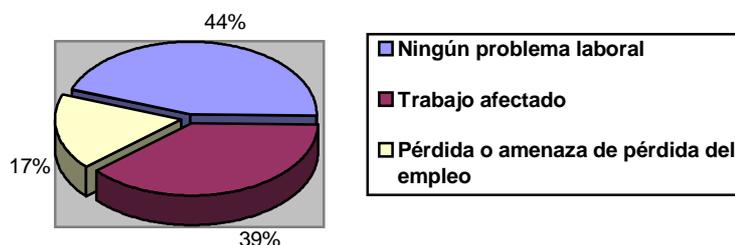


Fig. 56. Porcentaje de problemas laborales en los usuarios a causa del consumo de alcohol

7. **Problemas legales:** Más de la mitad de los usuarios (64.6%) no reportaron problema alguno en la esfera legal a consecuencia de su consumo de alcohol, 18.5 reportó haber recibido acusaciones o advertencias sin cargos, el 16.9% restante señaló haber sido multado o detenido a consecuencia de su consumo de alcohol (Ver fig. 57).

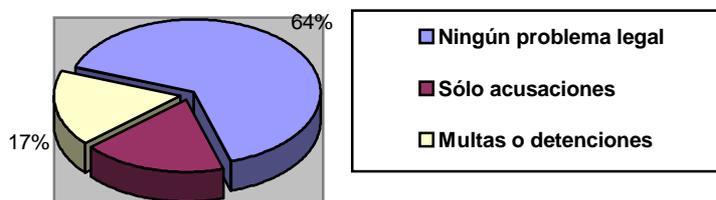


Fig. 57. Porcentaje de problemas legales en los usuarios a causa del consumo de alcohol.

8. **Problemas económicos:** El 20.3% de los usuarios no reportaron problemas económicos a consecuencia de su consumo de alcohol, el 37.5% reportaron tener problemas menores en esta esfera

(gastos en exceso) y 42.2% restante calificaron sus problemas en la esfera económica como mayores (el ingreso es menor a la cantidad necesaria para mantener el consumo de alcohol) (Ver fig. 58).

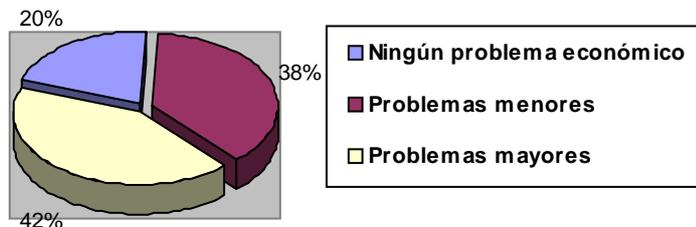


Fig. 58. Porcentaje de Problemas económicos en los usuarios a causa del consumo de alcohol

6.2.2.4 Consumo de otras sustancias

La sustancia usada con mayor frecuencia además del alcohol es el tabaco (74% de la población lo usa), seguido por la cannabis (33.6%), la cocaína (31%), los ansiolíticos y/o sedantes (4.3%), los estimulantes (3.4%) y por último, los inhalantes (2.6%) y alucinógenos y/o drogas disociativas (2.6%) (Ver fig. 59).

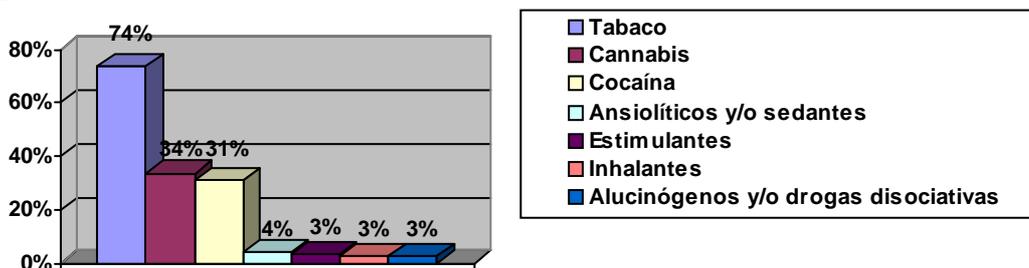


Fig. 59. Porcentaje de consumo de otras sustancias además del alcohol.

La sustancia cuyo consumo se inicia a una edad más temprana es el tabaco (15.6 años en promedio), seguido de los ansiolíticos y sedantes (18.25 años), la cannabis y los estimulantes (19 años), los alucinógenos y/o drogas disociativas (19.33 años), la cocaína (22.4 años) y por último los estimulantes con un comienzo más tardío (32 años) (Ver fig. 60).

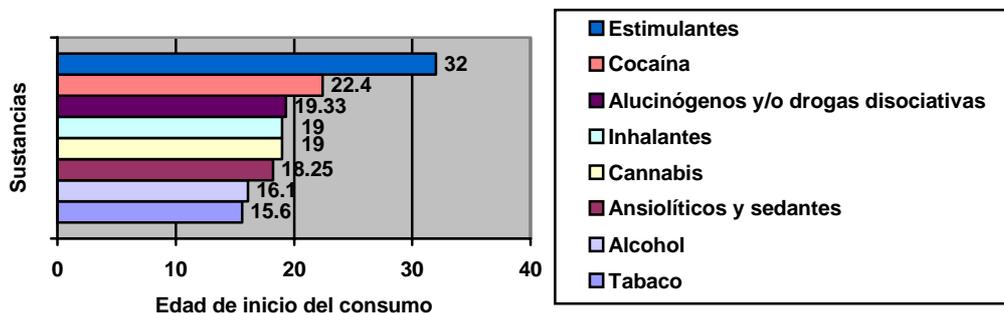


Fig. 60. Edad promedio de inicio en el consumo de sustancias incluida el alcohol.

6.2.2.5 Patrón de consumo de alcohol de los usuarios previo al tratamiento

Durante los tres meses previos al inicio del tratamiento, 39.8% de los usuarios reportaron haber bebido una vez a la semana, 33.3% dos o tres veces a la semana, 11.8% diariamente, 8.6% una vez al mes y 6.5% menos de una vez al mes (Ver fig. 61).

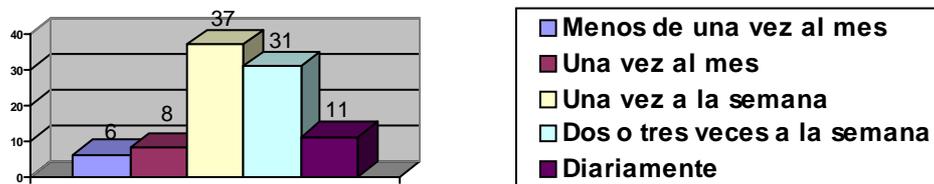


Fig. 61. Frecuencia de consumo de alcohol de los usuarios tres meses previos al tratamiento.

Los usuarios reportaron beber en promedio 13 tragos estándar por ocasión de consumo. A partir de este valor, los datos se desvían en promedio 9.3 unidades de la escala. El máximo de tragos consumidos que se reportó fue 56 y el mínimo fue cero. La mitad de los datos se encuentra por arriba de los 10 tragos y la otra mitad por debajo. El número de tragos que se reportó con mayor frecuencia fue 10 (Ver tabla 12).

Variable: Promedio de tragos bebidos por ocasión de consumo	
Moda	10
Mediana	10
Media	13
Desviación estándar	9.3
Número máximo de tragos	56
Número mínimo de tragos	0
Rango	56

Tabla 12. Promedio de tragos bebidos por ocasión de consumo.

6.2.2.5.1 Resultados en la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)

El 33.6% de los usuarios obtuvieron un puntaje entre 0 y 10, lo cual indica que tienen una dependencia baja al alcohol, el 40.2% obtuvo puntuaciones entre 11 y 20, lo que indica que tienen dependencia media al alcohol, el 26.2% restante tuvo puntajes mayores a 20, señalando un grado de dependencia severa (Ver fig. 62).

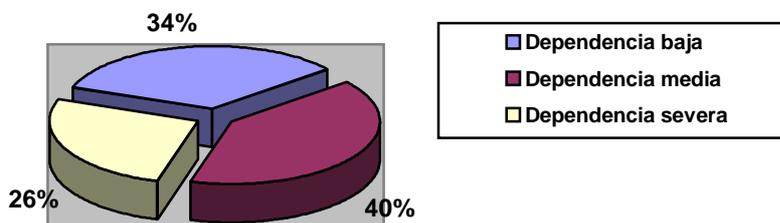


Fig. 62. Nivel de dependencia al alcohol en los usuarios atendidos según la escala BEDA.

6.2.2.5.2 Resultados de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

En base a la aplicación de este instrumento, se obtuvieron los siguientes datos:

En promedio, los usuarios tuvieron 288 días de abstinencia al año. Los usuarios consumieron alcohol 75 días al año en promedio.

Los usuarios consumen en promedio 619 tragos estándar al año. Esta cantidad equivale a 28 botellas de destilado.

Cada día de consumo, los usuarios beben en promedio 9 tragos estándar, lo cual rebasa los límites del consumo moderado. A la semana, los usuarios beben un promedio de 12 tragos. Al mes, los usuarios consumen un promedio de 53 tragos estándar.

El porcentaje promedio de días de abstinencia al año fue de 80. El porcentaje promedio de días de consumo moderado (de 1 a 4 tragos estándar por ocasión) al año fue de 8. El porcentaje promedio de días de consumo excesivo (de 5 a 9 tragos estándar por ocasión) al año fue de 7. El porcentaje promedio de días de consumo muy excesivo (de 10 o más tragos estándar por ocasión) al año fue de 5 (Ver fig. 63).

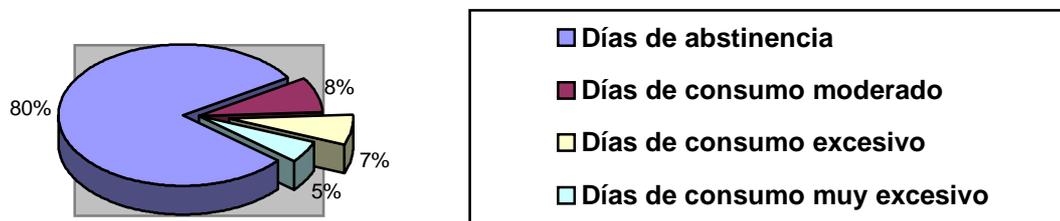


Fig. 63. Distribución aproximada del patrón de consumo de alcohol al año en los usuarios atendidos.

6.2.2.5.3 Resultados del inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA)

Con base en este inventario se encontró el índice de problema del usuario ante diversas situaciones, lo cual indica el nivel de riesgo para beber en exceso.

1. Índice de problema ante situaciones personales

1.1. Emociones desagradables: En promedio, el índice del problema reportado para situaciones donde prevalecen emociones desagradables, como la tristeza o el enojo, fue de 35.5. Este valor corresponde a un nivel de alto riesgo para beber en exceso en este tipo de situaciones.

1.2. Malestar físico: El índice del problema promedio reportado para situaciones en que esta presente malestar físico de algún tipo, fue de 16.7. Este valor corresponde a la categoría de riesgo moderado.

1.3. Emociones agradables: El índice del problema promedio reportado por los usuarios ante situaciones en las cuales prevalecen las emociones agradables fue de 38.5. Puntaje equivalente a la categoría de riesgo alto.

1.4 Probando auto-control: Ante situaciones dónde el usuario se ha propuesto no consumir en exceso y trata de poner a prueba su capacidad de auto-controlar su conducta de beber, el índice del problema promedio reportado fue de 37.8. A raíz de este puntaje se consideran situaciones de alto riesgo.

1.5. Necesidad física: El índice del problema promedio reportado por los usuarios ante situaciones dónde sentían deseos o tentación de beber fue de 30.6. Estas situaciones se consideran de riesgo moderado.

2. Índice del problema ante situaciones que involucran a terceras personas

2.1. Conflicto con otros: El índice del problema promedio reportado por los usuarios ante situaciones conflictivas con otros fue de 22.2. Puntaje equivalente a una situación de riesgo moderado.

2.2. Presión social: El índice promedio reportado ante situaciones dónde su entorno ya sea familiar o de amistades los presiona para beber fue de 39. Este valor califica a estas situaciones como de alto riesgo.

2.3. Momentos agradables con otros: Para situaciones dónde prevalecen emociones agradables, como la alegría, en compañía de terceros, el índice del problema promedio reportado fue de 40.6. Este valor refiere a estas situaciones a la categoría de alto riesgo.

La situación que representa mayor riesgo para beber en exceso es aquella en la que se experimentan momentos agradables en compañía de terceros. La situación que representa un menor riesgo es cuando se tiene malestar físico de algún tipo (Ver fig).

6.2.2.5.4 Resultados del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)

A través de este cuestionario se obtuvieron datos que indican el nivel de auto-eficacia percibido por los usuarios para controlar su consumo en distintas situaciones de riesgo.

1. Situaciones Personales

1.1. Confianza ante Emociones Desagradables: Los usuarios reportaron un nivel de confianza promedio de 56.18 % para controlar su consumo ante situaciones en que prevalecieran emociones desagradables.

1.2. Confianza ante Malestar Físico: El nivel de confianza promedio reportado por los usuarios para controlar su consumo en situaciones de malestar físico fue de 70%.

1.3. Confianza ante Emociones Agradables: El promedio de confianza reportado por los usuarios para poder controlar su consumo ante situaciones donde prevalecen emociones agradables fue de 65%.

1.4. Confianza al probar su autocontrol: El nivel promedio de confianza reportado por los usuarios en aquellas situaciones en donde se propusieran auto-controlar su consumo de alcohol, fue de 61.4%.

1.5. Confianza ante Necesidad o tentación de consumir: Ante situaciones en que los usuarios sentían necesidad o se veían tentados a consumir, reportaron un nivel de confianza promedio de 65.6% para controlar su consumo

2. Situaciones de grupo

2.1. Confianza ante Conflicto con Otros: El nivel de confianza promedio de los usuarios para controlar su consumo antes situaciones en que existía conflicto con fue 64%.

2.2. Confianza ante Presión Social: Ante situaciones donde los usuarios se sentían presionados para beber por su entorno social, reportaron un nivel de confianza promedio de 66.6% para controlar su consumo.

2.3. Confianza ante momentos agradables con otros: El nivel de confianza promedio en situaciones donde se experimentaban emociones agradables en compañía de otros fue de 58.6%.

La situación ante la cual se experimenta una confianza más elevada para controlar el consumo de alcohol es cuando se padece algún malestar físico. La situación en la que los usuarios tienden a sentirse más desconfiados de poder controlar su consumo es al experimentar emociones desagradables, es decir cuando se sienten muy deprimidos o enojados. (Ver fig. 64).

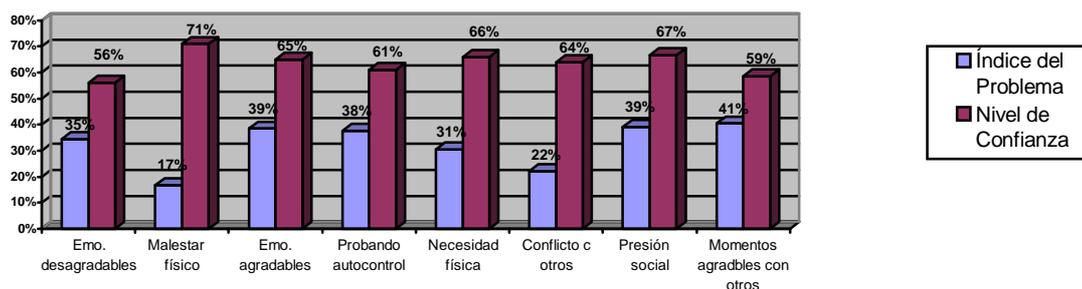


Fig. 64. Comparación del índice del problema y la auto-eficacia percibida ante las diversas situaciones de riesgo.

6.2.2.6 Datos relevantes de la fase de intervención

6.2.2.6.1 Elección de meta

En el Paso No. 1 del modelo “*Decisión de cambio y establecimiento de meta*”, más de la mitad de los usuarios que completaron esta primera etapa del modelo (58.8%), eligieron como meta del programa, la moderación de su consumo de alcohol. El 41.2% restante optó por la abstinencia.

En el Paso No. 4 del modelo “*Nuevo establecimiento de metas*”, más de la mitad de los usuarios (64.1%) estableció como nueva meta la moderación, el 35.9% optó como nueva meta la abstinencia.

La mayoría de los usuarios que llegaron hasta esta etapa del programa (86.6%) conservaron su meta elegida en el paso 1. Sólo un 13.5% cambió su meta. Generalmente el cambio en las metas elegidas pasó de la meta de abstinencia elegida en primera instancia a elegir como meta la moderación después del programa (Ver fig. 65).

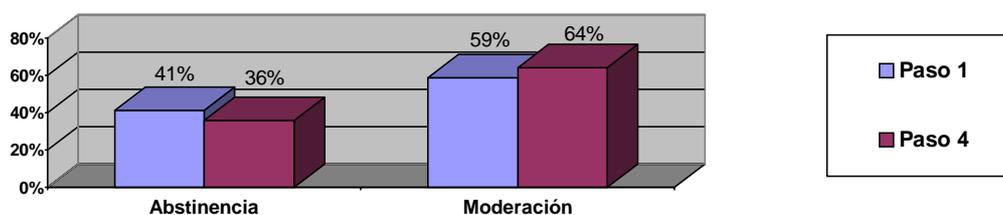


Fig. 65. Comparación del porcentaje de elección de las opciones de meta en el inicio y el final del programa.

6.2.2.6.2 Importancia para los usuarios del logro de su meta

En el Paso No. 1, casi la mitad de los usuarios (49.3%) calificaron su meta establecida respecto a su consumo de alcohol como la más importante a lograr, el 31.3% de los usuarios la describieron como más importante que la mayoría, 17.9% la nombraron tan importante como la mayoría y el 1.5% restante la consideró menos importante que la mayoría de las cosas que lo preocupaban.

En el Paso No. 4 del programa, la mayoría de los usuarios (64.9%) siguieron calificando de la misma manera la importancia de su meta, el 35.1% restante modificaron la forma de evaluarla.

Más de la mitad de los usuarios (56.8%) calificaron su meta en cuanto al consumo de alcohol como la más importante de lograr, un 32.4% la catalogaron como más importante que la mayoría de las situaciones que le preocupan y el 10.8% restante la consideró tan importante como la mayoría de sus otras metas.

De manera general, los cambios que se dieron en el nivel de importancia que los usuarios dan al logro de su meta, respondieron a una tendencia de incrementar el rango de prioridad de la misma (Ver fig. 66).

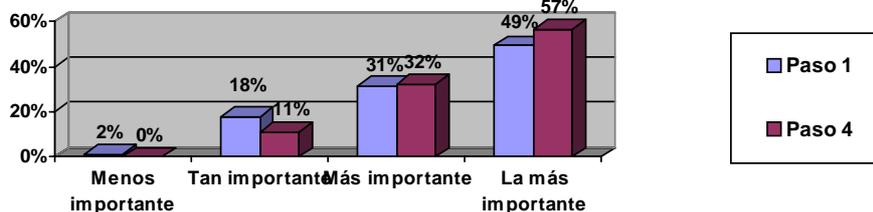


Fig. 66. Comparación del grado de importancia atribuido por los usuarios al logro de su meta al inicio y al final del tratamiento.

6.2.2.6.3 Nivel de confianza de los usuarios para lograr su meta

En cuanto al nivel de confianza y/o seguridad que los usuarios tenían de lograr su meta establecida en el paso no. 1 del programa, el 3 % refirió tener cierta confianza en lograrla, el 17.9% dijo tener confianza en alcanzar su meta, el 40.3% afirmó tener bastante confianza en lograr su meta y el 38.8% restante puntualizó estar totalmente seguro de conseguir su meta.

Al finalizar el programa, es decir, en el paso no. 4, más de la mitad de los usuarios (64.9%) conservaron el mismo nivel de confianza reportado al inicio de la intervención, mientras que el 35.1% restante lo modificó.

El 8.1% de los usuarios refirieron tener confianza en lograr su nueva meta establecida, 45.9% afirmaron tener bastante confianza en conseguir su meta y el otro 45.9% de los usuarios afirmaron estar totalmente seguros de poder conseguir su meta.

El nivel de confianza de los usuarios para conseguir su meta establecida, tiende a incrementarse al finalizar el programa (Ver fig. 67).

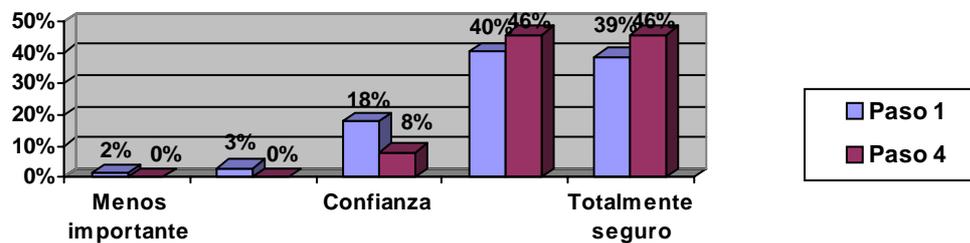


Fig. 67. Comparación del nivel de confianza de los usuarios para lograr su meta al inicio y al final del programa.

6.2.3 Resultados obtenidos de la aplicación del programa en dos casos particulares

6.2.3.1 Usuario 1. Comparación del patrón de consumo de alcohol inicial y al seguimiento hecho a los seis meses.

El usuario era un hombre de 23 años de edad que presentaba un nivel de dependencia al alcohol severo, según la escala BEDA en la cuál obtuvo un puntaje de 28.

En cuanto a los puntajes obtenidos en la Línea Base Retrospectiva, se puede observar un aumento en el porcentaje de días de abstinencia y por lo tanto disminución en los días de consumo de alcohol (Ver tabla 13).

PUNTAJE LIBARE	Libare inicial	Libare seguimiento a 6 meses
Porcentaje de días de abstinencia	60 %	93.97%
Porcentaje de días de consumo moderado	5.75%	4.38%
Porcentaje de días de consumo excesivo	6.85%	0.55%
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	27.4%	1.09%

Tabla 13. Comparación en los resultados de la LIBARE inicial y el seguimiento a seis meses.

En el Cuestionario de confianza situacional, se evidencia un aumento del grado de confianza del usuario para controlar su consumo de alcohol en situaciones de riesgo en el seguimiento a seis meses (Ver tabla 14).

PUNTAJE CCS	CCS Inicial	CCS 6 mese
Emociones desagradables	8	100
Malestar físico	3	100
Emociones agradables	10	100
Probando autocontrol	10	100
Conflicto con otros	5	100
Necesidad o tentación	10	100
Presión social	10	100
Momentos agradables con otros	10	100

Tabla 14. Comparación en los resultados del CCS inicial y el seguimiento a seis meses.

Al inicio del tratamiento, el usuario califica su forma de consumo como un problema menor, para el seguimiento a seis meses no consideraba tener algún problema con su forma de beber.

En un inicio el usuario se encontraba muy insatisfecho con su estilo de vida, al seguimiento de seis meses refería sentirse muy bien en cuanto a su estado emocional.

6.2.3.2 Usuario 2. Comparación del patrón de consumo de alcohol inicial y al seguimiento hecho a los doce meses.

El usuario era un hombre de 25 años de edad que presentaba un nivel de dependencia al alcohol severo, con un puntaje de 22 en la escala BEDA.

A través de los resultados observados en la LIBARE, se observa un incremento en el porcentaje de días de abstinencia, disminuyendo por consiguiente los días de consumo. Aumentó la proporción de días de consumo moderado y excesivo, pero se redujeron considerablemente los días de consumo muy excesivo (Ver tabla 15).

PUNTAJE LIBARE	Libare inicial	Libare seguimiento a 12 meses
Porcentaje de días de abstinencia	82.4%	98.63%
Porcentaje de días de consumo moderado	0%	.82%
Porcentaje de días de consumo excesivo	0%	.27%
Porcentaje de días de consumo muy excesivo	17.5%	.27%

Tabla 15. Comparación en los resultados de la LIBARE inicial y el seguimiento a doce meses.

El promedio de tragos consumidos por ocasión disminuyó significativamente de 20.37 en la fase de evaluación a 4.8 a un año de haber finalizado el programa.

El índice del problema referido para las distintas situaciones de riesgo también se vio disminuido, llegando a percibir las situaciones nulamente riesgosas para precipitarlo a un consumo excesivo, esto responde de igual manera aun incremento del nivel de confianza para afrontarse a estas situaciones, logrando una percepción de autoeficacia total (Ver tabla 16).

PUNTAJES ISCA	ISCA inicial	ISCA 12 meses	CCS Inicial	CCS 12 meses
Emociones desagradables	3.33	0	95	100
Malestar físico	0	0	95	100
Emociones agradables	23.33	0	15	100
Probando autocontrol	43.33	0	10	100
Conflicto con otros	6.67	0	10	100
Necesidad o tentación	13.33	0	95	100
Presión social	43.33	0	40	100
Momentos agradables con otros	23.33	0	20	100

Tabla 16. Comparación en los resultados del ISCA y CCS inicial y al seguimiento a doce meses.

Al inicio del programa, el usuario reportaba estar inseguro acerca de su nivel de satisfacción con su estilo de vida, en el seguimiento de doce meses calificaba su estado emocional como muy bueno.

En la fase de evaluación, el usuario se refería hacia su problema con el consumo de alcohol como un problema mayor, al seguimiento de un año reportaba que ahora era un problema mínimo.

DISCUSIÓN

En cuanto al proceso de disseminación se refiere los resultados señalan lo siguiente:

El taller interactivo a través del cual se impartió la capacitación fue una herramienta adecuada para promover un cambio en el conocimiento de los terapeutas acerca de los principios básicos del programa de auto cambio dirigido para bebedores problema, hecho que puede ser considerado como una medida de efectividad del proceso de disseminación por Duggan y cols. (citados en Duggan y Banwell, 2004). Este aspecto pudo verse favorecido por el elevado interés para participar en el programa de prevención en el área de las adicciones reportado por los terapeutas antes y después del proceso de capacitación.

Sin embargo, ha sido ampliamente documentado que el simplemente proporcionar información, incluso logrando un cambio en el conocimiento, no basta para asegurar la adopción e implementación de las innovaciones, objetivo importante del proceso de disseminación (Kanouse y cols., 1995).

El taller interactivo cumplió con varios de los elementos que condicionan el éxito en las tareas de educación continua, tales como (1) Interacción cara a cara y en pequeños grupos; (2) Involucrar a los líderes de opinión, (3) Provisión de materiales de apoyo para uso posterior, y (4) Participación activa del aprendiz (Kanouse y cols., 1995).

Los terapeutas mencionaron algunos aspectos que mejorarían la efectividad del taller interactivo como estrategia de disseminación, principalmente se referían a la insuficiencia del tiempo para abordar la información, sin embargo el uso de talleres interactivos como estrategia de disseminación, se justifica principalmente por su brevedad que representa menores costos para la institución (Crosswaite y Curtice, 1994; Martínez y cols., 2003; Bero y cols., 1998).

Si se quiere mantener el estatus costo-efectivo de esta herramienta se debe optimizar el empleo del tiempo, en vez de aumentarlo. Esto se logrará estructurando el contenido de manera concisa y ordenada tanto en la ponencia como en los materiales didácticos de apoyo, a fin de agilizar su aprendizaje. Se deben hacer recomendaciones explícitas y relevantes para la práctica (Duggan y Banwell, 2004).

Un aspecto que pudo en cierto grado ser descuidado en el proceso de disseminación del modelo, fue el brindar oportunidades para la práctica bajo supervisión, esto principalmente debido a la constricción de tiempo. Sin embargo, se comprometió un aspecto esencial que pudo determinar la adopción de la innovación y la calidad de implementación de la misma (Kanouse y cols., 1995). Por lo

tanto, es un aspecto que debe ser revalorizado en los esfuerzos posteriores de diseminación del modelo, o por lo menos, compensarlo con más ejemplos prácticos del proceso de aplicación.

Los terapeutas aplicaron el modelo a un número significativo de usuarios en el lapso de un año, respondiendo a una decisión-innovación autoritaria (Rogers, 1995), es decir, la institución les demanda cubrir una cuota de aplicaciones.

Sin embargo, en la figura 29, se puede ver como el número de casos atendidos desciende al paso de los años. Kanouse y cols. (1995) subrayaban que este tipo de decisiones, si bien traen resultados a corto plazo, como la implementación inmediata del programa, no aseguran la permanencia del mismo, ya que la decisión de implementarlo no se debió aun cambio actitudinal ni al convencimiento personal de quien lo aplica sino a fuerzas externas que lo obligaron a ello.

El paulatino descenso en los casos atendidos se puede interpretar como un proceso de discontinuación y regreso a las formas de tratamiento acostumbradas (Rogers, 1995). Este proceso no se debe a desventajas de la aplicación del modelo, pues la mayoría de los terapeutas reportó que el modelo les ha sido útil para el logro de resultados satisfactorios con sus usuarios, más bien responde a las fuerzas de inercia que rigen la práctica de los terapeutas, barrera que frecuentemente entorpece los procesos de diseminación de las innovaciones (Kanouse y cols., 1995; Duggan y Banwell, 2004).

Ante esto, se evidencia la necesidad de tomar acciones necesarias para motivar, facilitar y reforzar el cambio, trabajar con las diversas barreras personales que se puedan presentar, no sólo proveer información. (Bero y cols., 1998; Kanouse y cols., 1995).

El mayor número de casos atendidos se concentró en el año 2004, momento posterior al proceso de recapitación interna, en el cuál profesionales de CIJ previamente capacitados en el modelo se encargaron de capacitar nuevos terapeutas, supervisar la implementación del programa, aclarar dudas y dar retroalimentación a todos los terapeutas capacitados.

La obtención de mayores resultados ante el proceso de capacitación a comparación del primer proceso de capacitación externa en el 2003, coincide con la afirmación de Rogers(1995) acerca de una mejor y más efectiva comunicación entre individuos homófilos, es decir individuos similares o que pertenecen al mismo grupo. De igual manera, resalta la importancia que tiene la influencia de los pares sobre la adopción o rechazo de las innovaciones en la práctica profesional.

El grupo de profesionales de CIJ que se encargó de la capacitación interna, fungió como elemento de enlace entre los investigadores o proveedores de la innovación externos a la institución, y los terapeutas de CIJ o receptores de la misma.

Estos profesionales fungían como líderes de opinión, al poseer conocimientos acerca del ámbito de la investigación y a la vez conocimientos de la práctica clínica y las políticas institucionales que la delimitan en su contexto particular, además de notables habilidades de comunicación.

Terapeutas con estas mismas características, han sido los responsables de capacitar a otros en el modelo, juegan el rol de multiplicadores de conocimiento, dedicándose a la tarea de alertar a sus pares acerca de la existencia de esta innovación (Duggan y Banwell, 2004). Esto confirma la capacidad de crear un efecto de onda expansiva del conocimiento al usar talleres interactivos como estrategia de disseminación, donde la información rebasa las fronteras de los terapeutas capacitados y alcanza a sus compañeros de trabajo no capacitados (Mutter citado en Crosswaite y Curtice, 1994).

Al analizar el grado de fidelidad con que se aplicó el modelo, se pudo constatar la gran diferencia entre los intereses de los investigadores y los practicantes clínicos (Mattson y Donovan, 1994; McCarty y cols., 2006).

En la mayoría de los expedientes revisados, los registros de las evaluaciones y el proceso de trabajo de los usuarios estaban incompletos, no necesariamente significa que estas actividades no se hallan realizado, simplemente no se efectuaron los registros de las mismas. Si bien estos datos son de gran valor para razones de investigación, los practicantes clínicos tienen otras prioridades, como la obtención de buenos resultados con el usuario, más allá de elaborar evidencia tangible de ello. Este hecho podría ser interpretado como una falla en el proceso de disseminación al no lograrse la adherencia al método del programa y comprometer la calidad de su implementación (Dusenbury y cols., 2005). Esta falla también podría ubicarse en la imposibilidad para promover un clima de integración investigación-práctica que sensibilice a ambos sectores de las expectativas y necesidades de cada uno y que especialmente involucre a los terapeutas en el proceso de investigación (Shaley y cols., 1996).

Sin embargo, según Hayes (1998), en la realidad es poco probable que un tratamiento se lleve a cabo siguiendo los lineamientos del protocolo rígidamente, su implementación tiende a ser dinámica y combinatoria, factor que no necesariamente compromete su efectividad, simplemente se apega a la realidad de los escenarios clínicos.

El aspecto que contribuyó de manera más significativa a facilitar el proceso de diseminación y adopción del modelo, fue la postura institucional de búsqueda y apertura a nuevas tecnologías. CIJ es una institución con alto grado de innovación (Rogers, 1995), esta cultura se ve reflejada en su estructura y normas, las cuales determinarán el grado de innovación de sus miembros.

El aspecto que se refirió como más obstaculizador en el proceso de implementación del modelo, fueron las características de la población atendida, entre otras cosas se argumentaba la baja escolaridad de la población que atendía a CIJ, lo cual dificultaba la realización de las actividades inherentes al modelo, sin embargo a partir del análisis de la población atendida se observa que la mayoría de los sujetos caen en rangos de escolaridad media, por lo tanto, la cualidad obstaculizadora de esta característica puede estar sobrevaluada.

En cuanto al modelo de auto-cambio dirigido, los resultados indican:

Los aspectos innovadores del modelo percibidos por los terapeutas, tienden a contraponerse a las creencias arraigadas y generalizadas tanto de la población atendida como de los terapeutas mismos:

1. Si bien se reconoce la metodología estructurada y la evaluación objetiva como un aspecto ventajoso e innovador, por parte de los terapeutas surge una barrera relativa a su formación y a la concepción de su rol, no están acostumbrados a trabajar con tantos instrumentos, formatos y tareas.

2. El rol activo que se le destina al usuario, se contrapone a la concepción de la sociedad en general del paciente con un rol pasivo, que va a terapia a ser escuchado y ayudado no a trabajar activamente en su progreso. Probablemente respondiendo a esto, los terapeutas decidieron acortar la fase diagnóstica, etapa en la cuál se habían registrado un gran número de deserciones, pues el usuario se encontraba con una situación incompatible a sus expectativas. Otra forma de solucionar este conflicto sería inducir adecuadamente al usuario en el modelo, concienciándolo de la importancia de las actividades realizadas en él, lo cual constituye la tarea esencial del modelo de auto-cambio dirigido para bebedores problema, es decir, lograr la motivación al cambio y la adherencia al tratamiento a través de la entrevista motivacional que se da en la sesión de admisión (Miller y Rollnick citados en Gantivia y cols. 2003). Esto también contribuirá a disminuir el rango de deserción tan elevado en la fase de seguimiento.

3. La atención de un sector nuevo de la población como lo son los bebedores problema, se entorpece por sus características propias, las cuales imposibilitan la conciencia del riesgo de su consumo, no se perciben necesitados de ayuda, lo cual, aunado a la permisividad social para el consumo excesivo de alcohol, disminuye la posibilidad de que acudan para recibir atención.

El modelo de autocambio dirigido para bebedores problema reunió la mayoría de las características necesarias para ser una innovación con una alta posibilidad de ser adoptada (Rogers, 1995):

1. Se percibía con ventaja relativa sobre tratamientos posteriores, pues en el momento en que se disemina a CIJ no se contaba con un tratamiento para el abuso de alcohol exclusivamente.

2. Sus características de brevedad y evidencia empírica de efectividad eran compatibles con las necesidades y valores de CIJ como institución, sin embargo, en algunos casos era incompatible con la postura psicológica que los terapeutas poseían, al ser un tratamiento derivado de la línea cognitivo-conductual. En otras ocasiones no era incompatibilidad sino desconocimiento del enfoque lo que obstaculizaba su adopción. Hayes y cols. (1995), denominan a estas situaciones como *fronteras profesionales*, las cuáles pueden sobrellevarse realizando un proceso breve de sensibilización al enfoque cognitivo-conductual, previo a la capacitación en el modelo.

3. Fue percibido como un modelo poco complejo para su aplicación y simple de entender.

4. El programa fue susceptible a aplicarse parcialmente e incluso generalizarse en su totalidad o en partes para el tratamiento de abuso de otras sustancias diferentes al alcohol. Fue flexible al adaptarse a los requerimientos particulares de los usuarios los terapeutas.

Una de las desventajas mencionadas acerca de la aplicación del modelo fue la necesidad de invertir tiempo adicional en la calificación de los instrumentos y en las sesiones para trabajar con usuarios de baja escolaridad. Este aspecto es percibido de esta manera debido a *barreras físicas* (Crosswaite y Curtice, 1994), ya que el contexto experimental generador del modelo, difiere del contexto institucional de CIJ, dónde los terapeutas tienen sobrecarga de actividades con espacios y tiempos específicos para cada una de ellas. Bajo estas condiciones, la inversión de tiempo adicional para la calificación de múltiples instrumentos resulta contraproducente. Esto puede ser sobrellevado creando las herramientas necesarias para facilitar la realización de esta tarea, tal como la creación de software que agilice el proceso de calificación.

En el proceso de adopción del modelo por parte de los terapeutas de CIJ, el modelo fue *reinventado* (Rogers, 1995; Hayes, 1998; Rosemberg, 1992), esculpiéndose de tal forma que satisficiera las necesidades de la institución, los terapeutas y los usuarios atendidos. La modificación esencial hecha al programa fue acogerlo como una herramienta dentro del proceso terapéutico, no como una intervención aislada. Dusenbury y cols. (2005), consideran la adaptación de la innovación a las necesidades de la cultura donde se adopta como una de las variables que manifiestan efectividad del proceso de diseminación.

Pocas veces los usuarios acudían a atención exclusivamente por su consumo de alcohol, a partir del análisis de la población atendida se puede constatar que la mayoría de los individuos son poliusuarios de drogas, es decir consumen otras sustancias además del alcohol, la política de CIJ indica dar prioridad a la atención del abuso de drogas ilícitas, así que a veces resulta complicado dedicar la atención necesaria a la implementación del modelo para el control exclusivo del alcohol.

Aunado a lo anterior, CIJ brinda atención a la problemática global de la persona, no sólo al aspecto problemático de sus conductas adictivas (Centros de Integración Juvenil, 2004). Esta política conlleva a modificar el modelo, aumentando el número de sesiones, aplicándolo de manera parcial y flexibilizando los criterios de inclusión.

En cuanto a sugerencias para procesos de diseminación posteriores:

Los terapeutas reconocen el valor preventivo del modelo y la posibilidad de aplicarlo en centros de atención primaria, por lo cuál sugieren la diseminación del mismo a todo el personal que labora en atención y prevención en CIJ, esta planilla comprende a profesionales de distintas disciplinas, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, supervisores, investigadores, médicos, etc., y añaden al sector educativo de nivel medio superior y superior, principalmente contemplando la posibilidad de que estos puedan identificar de manera más oportuna a los bebedores problema que tienden a ubicarse en ese rango de edad (Monti y cols., 2005; Echeverría y cols., 2004; y, Fleming, 2004).

Las sugerencias aportadas por los terapeutas para promover mayor difusión del modelo, coinciden con las descritas por Shanley y cols. (1996) para mejorar la comunicación de las innovaciones, entre las cuáles se encuentran: (1) incorporar activamente los hallazgos de las investigaciones a los programas de educación; (2) desarrollar protocolos y guías basados en las investigaciones; (3) publicar periódicos de investigación; y, (4) realizar seminarios, talleres y simposios de investigación.

En cuanto a la población de los usuarios atendida los resultados señalan:

La distribución de las características de la población atendida corresponde al espectro epidemiológico documentado para los bebedores problema. Un porcentaje de la población considerablemente mayor son hombres (Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2003; Green, 2006). La mayoría son adultos jóvenes (Monti y cols., 2005).

La mayoría de los usuarios ya había intentado sin éxito controlar su forma de beber en varias ocasiones esto se debe a que acudían a intervenciones destinadas a individuos con alcoholismo, las cuales no satisfacían adecuadamente las condiciones de intervención que ellos necesitaban, tal es el caso de: flexibilidad en la elección de meta, duración breve y en modalidad de consulta externa (Ortega, 2000).

Se evidenciaron algunos de los tantos costos que el abuso de alcohol trae no solo a los bebedores sino a la sociedad en general (Bray y Zarkin, 2006), entre ellos se encuentran: ausentismo laboral, pérdida de empleo, hospitalizaciones y arrestos.

A pesar de que no se trataba de individuos diagnosticados con alcoholismo, percibían su patrón de consumo de alcohol como problemático, ya que tienen conflictos observables cuando consumen alcohol pero sin tener síntomas de abstinencia (Ortega, 2000; Echeverría y cols., 2004; Sobell y Sobell, 1993).

El área de la vida de los usuarios que se ve deteriorada en mayor medida por el consumo excesivo de alcohol, es la esfera afectiva, llegando al punto en que su comportamiento diario se ve afectado.

Después se encuentra el área económica, pues se destinan muchos recursos para mantener el consumo de alcohol

Le sigue el área interpersonal, la cual es una de las razones principales por la que acuden a tratamiento, al verse lastimadas sus relaciones con personas significativas.

Posteriormente se afecta el área cognitiva, provocando fallos en los procesos mentales, y también la presencia de conductas agresivas.

El área laboral se ve afectada la mitad de los casos, con consecuencias como desempeño deficiente, ausentismo laboral y pérdida de empleo.

Con un menor índice de problema se encuentra el área física, sin embargo, si se presentan algunas repercusiones leves que provocan avisos preventivos por parte de los médicos.

El área menos afectada es la legal, un menor índice de la población ha tenido problemas con la autoridad debido a su consumo de alcohol.

El consumo de drogas lícitas se da a edades más tempranas que las ilícitas, el alcohol es la segunda droga de inicio, este dato corresponde a las estadísticas de la población atendida en todos los centros operativos de CIJ en el año 2002 (Centros de Integración Juvenil, 2003).

A pesar de que los criterios de admisión para el modelo, limitan su empleo a usuarios con dependencia baja o moderada al alcohol (Ortega, 2000; Loyola, 2006), los terapeutas de CIJ atendieron a usuarios con dependencia severa, y a juzgar por los resultados de los dos casos analizados, se puede concluir que el modelo puede ser benéfico en casos de dependencia severa, lo cual reforzaría la propuesta hecha por los terapeutas de modificar y flexibilizar los criterios de inclusión al modelo.

Las situaciones que los usuarios perciben como más riesgosas de precipitarlos a un consumo de alcohol excesivo, son aquellas relacionadas a la presencia de emociones agradables en compañía de otros o al sentirse presionados por ellos. Esto evidencia el carácter social de la conducta de beber alcohol (Martínez, 2005).

Las situaciones percibidas como menos riesgosas por parte de los usuarios fue cuando padecían algún malestar físico o tenían algún conflicto con otros. Ante situaciones de malestar físico fue dónde los usuarios reportaron sentirse más confiados en su capacidad de abstenerse a beber, lo cuál coincide con la percepción de esta situación como de menor riesgo.

Las situaciones ante las cuales los usuarios se sintieron mas inseguros en cuanto a su capacidad de poderse abstenerse a beber, fue ante la experiencia de emociones desagradables.

El programa promueve una elección de meta realista, basándose en las características del usuarios como, su patrón de consumo, las consecuencias traídas por su forma de consumir y el nivel de autoeficacia percibido para lograr un cambio (Echeverría y cols., 2004). Siguiendo estos lineamientos, la mayoría de los usuarios eligieron como meta definitiva y más conveniente, la moderación.

El modelo cumplió con su función motivacional de promover en los usuarios la disposición a cambiar y el compromiso con esta tarea, esto se refleja en el incremento en el nivel de importancia que los usuarios le otorgaron al logro de su meta al finalizar el tratamiento (Zewen y Fleming, 1999; Martínez, 2005).

También se logró desde su función educativa, dotar de herramientas a los usuarios para hacer frente a su problema con el consumo de alcohol, traduciéndose en un incremento en el nivel de confianza para lograr su meta al final del tratamiento (Martínez, 2005).

A raíz del análisis de los casos particulares, se evidencia la efectividad del modelo de auto cambio dirigido para bebedores problema. En ambos usuarios, la comparación de la fase de diagnóstico a la fase de seguimientos, mostró, un aumento de días de abstinencia con un consecuente descenso de los días de consumo, disminución de días de consumo muy excesivo para incrementarse los días de consumo moderado, una percepción de menor problemática relacionada a su consumo de alcohol y una mayor satisfacción con su estilo de vida. Para el caso del usuario con seguimiento aun año, se observó una menor percepción de riesgo ante situaciones de consumo, lo que refleja incremento en su nivel de autoeficacia. Estos resultados son consistentes a los encontrados en otras investigaciones, demostrando la efectividad del modelo y la permanencia de sus efectos a través del tiempo (Ayala y cols., 2003; Ayala y Echeverría, 2001).

Los terapeutas de CIJ capacitados tienen los conocimientos necesarios para aplicar el programa, la información pertinente que valida el modelo como efectivo, no sólo por investigaciones previas sino por la propia implementación del mismo con resultados satisfactorios, lo que se necesita ahora es motivarlos a mantener la aplicación del programa, esto podría lograrse con canales más estrechos de supervisión y retroalimentación por parte de los expertos. El proceso de diseminación no termina al adoptarse la innovación, es un proceso continuo que debe asegurar una buena calidad de implementación y el mantenimiento de la innovación en el nuevo contexto.

Se deben reforzar los esfuerzos en la fase de soporte y monitoreo de la implementación y en la fase de retroalimentación al sistema, según el modelo de Martin y cols. (1998), fases que equivalen a las etapas de implementación y confirmación en el modelo de Rogers (1995).

Con base en los resultados obtenidos en el presente estudio se llegó a la siguiente conclusión:

Se puede calificar al proceso de diseminación del modelo de auto-cambio dirigido para bebedores problema en los Centros de Integración Juvenil, como efectivo, tomando en cuenta varios indicadores: (1) se lograron cambios en el conocimiento y conducta de los terapeutas capacitados, traduciéndose en la adopción y aplicación del modelo en los escenarios de CIJ desde el momento de la capacitación (2003) hasta la actualidad (2006); (2) adecuación del modelo a las necesidades y

características de la institución; y, (3) logro de resultados favorables en los servicios de atención a usuarios que abusan de alcohol.

En base a los hallazgos del presente estudio a continuación se presentan algunas recomendaciones:

- Para procesos posteriores de diseminación se recomienda seguir las fases del modelo de diseminación activa propuesto por Martín y cols., poniendo especial énfasis en las fases de asesoría de oportunidades de mercado e identificación del sistema blanco, a fin de conocer la naturaleza de la audiencia que se va a impactar y de esta manera poder prever y planear la superación de posibles barreras que se puedan presentar. De igual manera redoblar esfuerzos en las fases de monitoreo de la implementación y asesoría y retroalimentación al sistema, con la intención de certificar la calidad de aplicación del programa y asegurar su mantenimiento en el escenario diseminado.
- Se sugiere realizar más investigaciones encaminadas a dilucidar la naturaleza de las barreras en el proceso de diseminación de innovaciones en el ámbito de la atención psicológica y las estrategias más efectivas para soslayarlas.

Bibliografía:

- Andrade Martínez, A. M. (2001) Una propuesta motivacional para lograr la permanencia de bebedores problema durante un tratamiento. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Annis, H. M. y Martin, G. (1982). Inventory of drug taking situations. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Ayala, H. (1997, Mayo). Modelo de capacitación para la atención a bebedores en riesgo. Memorias del II Congreso Internacional de Fomento de la Salud ante las Adicciones: “Las adicciones más que un problema de salud pública”. (pp. 58-59). México, D. F.
- Ayala Velázquez, H. y Echeverría San Vicente, L. (Comps.). (2001). Tratamiento de conductas adictivas. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.
- Ayala, H., Carrascoza, C. y Echeverría, L. (2003) Desarrollo de políticas de salud en la esfera de las adicciones. Difusión del modelo de autocambio dirigido en instituciones de salud en México. Thomson Psicología. 1 (2), 17-34.
- Bandura, A. y Walters, R.H. (1974). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Versión española de A. Riviere. Madrid: Alianza
- Barragán, L., González, J., Medina, M. E. y Ayala, H. (2005) Adaptación de un modelo de intervención breve cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a la población mexicana: Un estudio piloto. Salud Mental. 28 (1), 61-71.
- Bernal Pérez, R. P. (2004) La deserción a un tratamiento para adolescentes consumidores de alcohol y otras drogas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Bero, L. A., Grillo, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D. y Thomson, M. A. (1998). Getting research findings into practice. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. BMJ Journals. 317, 465-468. [En red]. Disponible en: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/317/7156/465>.
- Bray, J. W. y Zarkin, G. A. (2006). Economic evaluation of alcoholism treatment. Alcohol Research and Health, 29 (1), 27-33.

- Calhoun, K.S., Moras, K., Pilkonis, P.A. y Rehm, L. P. (1998). Empirically supported treatments: Implications of training. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 66 (1), 151-162.
- Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. (2003) El consumo de drogas entre pacientes que entraron al tratamiento en Centros de Integración Juvenil en el 2002. Informe de Investigación 2003-01. México: Centros de integración Juvenil A.C.
- Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación (2004). Carpeta de trabajo para el estudio de evaluación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para bebedores problema entre pacientes de Centros de Investigación Juvenil: Estudio Piloto. México. Manuscrito no publicado.
- Centros de Integración Juvenil (2004). Recuento monográfico: 35 años de historia. México: Centros de integración Juvenil A.C.
- Cimadevilla, G. (1998, septiembre) Nuevas preguntas y reformulación del modelo para una teoría de la difusión de innovaciones. GT Comunicação Rural, XXI Congresso INTERCOM, Recife.
- Crosswhite, C. y Curtice, L. (1994). Disseminating research results: The challenge of bridging the gap between health research and health action. Health Promot Internation. 2, 289-296.
- Duggan, F. y Banwell, L. (2004) Constructing a model of effective information dissemination in a crisis. Information Research. 9 (3), [En red]. Disponible en: <http://informationr.net/ir/9-3/paper178.html>.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Hansen, W. B., Walsh, J. y Falco, M. (2005). Quality of implementation: Developing measures crucial to understanding the diffusion of preventive interventions. Health Education Research. 20 (3), 308, 313.
- Echeverría, S.V. L., Ruiz, T.G.M., Salazar, G.M.L., y 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.
- Echeverría, S. V. L., Oropeza, R. y Martínez, K. (2005, Abril) Intervenciones breves: ¿Por qué son efectivas las terapias cognitivo-conductuales? Ponencia presentada en el Primer Congreso

académico “Dr. Roberto Kretschmer Schmid”. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F. [En red]. Disponible en:

<http://www.facmed.unam.mx/eventos/congresos/pcafmm/memorias.pdf>

- Edwards, G. y Gross, M. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. British Medical Journal. 1, 1058-1061.
- Eifert, G. H., Schulte, d., Zvolensky, M. J., Lejuez, C. W. y Lau, A. W. (1997). Manualized Behavior Therapy: Merits and Challenges. Behavior Therapy. 28, 499-509.
- Fleming, M. F. (2004/2005). Screening and brief intervention in primary care settings. Alcoholism Research and Health, 28, (2), 57- 62.
- Galindo V. y Salinas E. (1995) Bebedores problema en México: Propuesta de intervención adicional para el programa de autocontrol dirigido. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Gantivia, C. A., Gómez, C. y Flórez, L. E. (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.
- García Altés, A. (2003). Evaluación del impacto de las intervenciones sanitarias. El Médico interactivo: Diario electrónico de la sanidad. [En red]. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/gestión/jovell.htm>
- Green, C. A. (2006). Gender and use of substance abuse treatment services. Alcohol Research and Health, 29 (1), 55-61.
- Hayes, S.C. (1998). Dissemination Research Now. The Behavior Therapist. 166-169.
- Hayes, S.C., Pistorello, J. y Walter, R. D. (1995). Communicating behavioral views and techniques to practicing clinicians. Journal of behavior therapy and experimental psychiatric. 26 (2), 107-112.
- Hayward, S., Ciliska, D., DiCenso, A., Thomas, H., Underwood, E. J. y Rafael, A. (1996). Evaluation research in public health: Barriers to the production and dissemination of outcome data. Canadian Journal Of Public Health. 87 (6), 413-417.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación (4a. ed.). México: Mc Graw Hill.

- Loyola Bello, L. P. (2006) Competencias adquiridas y resultados de la aplicación del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema. Reporte de experiencia profesional de la Maestría en Psicología. Facultad de Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Martin, G. W., Herie, M. A., Turner, B.J. y Cunningham, J.A. (1998). A social marketing model for disseminating research-based treatments to addictions treatment providers. Addiction. 93 (11), 1703-1715.
- Martínez, M. K., Carrascosa, V. C. y Ayala, V. H. (2003). Una estrategia de diseminación en la psicología: los talleres interactivos. Salud Pública de México. 45 (1) [En red]. Disponible en: http://www.insp.mx/salud/45/451_1.pdf.
- Martínez Ruiz, M. J. (2005). Residencia en Psicología de las adicciones. Reporte de experiencia profesional de la Maestría en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Mattson, M., Donovan, D.M. (1994). Clinical Applications: The Transition from Research to Practice. Journal of Studies on Alcohol. 12, 163- 166.
- McCarty, D., Edmundson, E. y Hartnett, T. (2006). Charting a path between research and practice in alcoholism treatment. Alcohol Research and Health. 29 (1), 5-10.
- Medina-Mora, M. E., Borges G., Lara, M. C., Benjet C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Casanova, R. L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental, 26 (4).
- Monti, P. M., O'Leary, T. y Borsari, B. (2004/2005). Drinking among young adults: screening, brief interventions and outcome. Alcoholism Research and Health, 28 (4), 236-244.
- Moreno, K. (2006, Diciembre). Conferencia inaugural. Presentada en el Congreso Internacional de Adicciones: Retos ante las nuevas dependencias. Centros de Integración Juvenil, A.C., México, D.F.
- Kanouse, D. E., Kallich, J. D. y Kahan, J. P. (1995). Dissemination of effectiveness and outcomes research. Health Policy. 34, 167-192.

- Ortega Velazquez, A. (2000). Tratamiento cognitivo conductual para bebedores problema: un análisis de las situaciones de riesgo. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Persons, B. J. (1997). Dissemination of Effective Methods: Behavior Therapy's Next Challenge. Behavior Therapy. 28, 465-471.
- Proschaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51 (3): 390-395.
- Riquelme, E. y Romero, R. (2002). Abuso de drogas en la adolescencia: Abordajes terapéuticos. En Centros de Integración Juvenil, A. C. (Comps.), Enfoques de tratamiento en adicciones (pp. 265-281). México: C.I.J.
- Robinson, K., Elliott, S. J., Driedger, S.M., Eyles, J., O'Loughlin, J., Riley, B., Cameron, R. And Harvey, D. (2005). Using linking systems to build capacity and enhance dissemination in heart health promotion: a Canadian multiple-case study. Health Education Research. 20 (5), 499-513.
- Rodríguez Rodríguez, J. (1984). Los servicios telefónicos para crisis: el servicio de orientación telefónica e información de lo Centros de Integración Juvenil. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
- Rogers, E.M. (1995). Diffusion of innovations. New York: Free Press.
- Rosemberg, N. (1992). Progreso técnico: el análisis histórico. Oikos Tau, Barcelona.
- Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2003). Encuesta Nacional de Adicciones 2002: Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen ejecutivo. México.
- Shanley, C., Lodge, M. y Mattick, R. P. (1996). Dissemination of research findings to alcohol and other drug practitioners. Drug and Alcohol Review. 15, 89-94.
- Sobell, L. (1996). Bridging the gap between scientists and practitioners: The challenge before us. Behavior Therapy. 27, 297-320.
- Sobell, L. C. y Sobell, M. B (1992). Time follow-back: a technique for assessing self-reported ethanol consumption. In J. Allen y R.Z. Litten (Eds.), Measuring alcohol consumption: psychosocial and biological methods (pp). New Jersey: Human Press

- Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (1993). Problem drinkers: guided self-change treatment. New York: The Guilford Press.
- Sobell, M. B. y Sobell, L. C. (2005). Guided self- change treatment for substance use disorders. Journal of Cognitive Psychotherapy, 19 (3), 199-210.
- Sterling, S. y Weisner, C. (2006). Translating research findings into practice. Alcohol Research and Health. 29 (1), 11-18.
- Terrence Wilson, G. (1997). Treatment Manuals in Clinical Practice. Behavior Research Therapy. 35(3), 205-210.
- Thamlikitkul, V. (2006). Bridging the gap between knowledge and action for health: case studies. Bulletin of the World Health Organization. 84 (8), 603- 607.
- The scope of the problem. (2005). Alcohol Research and Health, 28 (3), 111-120.
- Valente, T. W. (1995) Network Models of the Diffusion of Innovations. Hampton Press, Cresskill, NJ
- Wild, T.C., Cunningham, J.y Hobdon, K. (1998) When do people believe that alcohol treatment is effective? The importance of perceived client and therapist motivation. Psychology of Addictive Behaviors. 12 (2), 93-10.
- Zweben, A. y Fleming, M. (1999) Brief interventions for alcohol and drug problems. En Expanding the range of behavior change initiatives
- www.cjj.gob.mx

ANEXOS

1. Instrumento de Conocimientos
2. Instrumento de Intereses
3. Entrevista de Seguimiento para terapeutas
4. Entrevista inicial semiestructurada a usuario
5. Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)
6. Línea Base Retrospectiva (LIBARE)
7. Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA)
8. Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)
9. Entrevista de seguimiento a usuario

INSTRUMENTO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL MODELO DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA

Instrucciones: A continuación se presentan algunos principios. Lea cada uno de ellos e identifique los relacionados con el Modelo de Auto-cambio dirigido para bebedores problema eligiendo entre verdadero (V) y falso (F). Marque con una “X” la respuesta que corresponda a los principios característicos del modelo. El objetivo es obtener por consenso los elementos generales de un instrumento que nos ayude a evaluar integridad y adherencia terapéutica de la aplicación del modelo.

PREGUNTA	V	F
1. La evaluación se basa únicamente en la observación terapéutica		
2. El entrenamiento en el Modelo de autocambio dirigido para bebedores problema se aplica a personas que no dependen severamente del alcohol.		
3. Uno de los objetivos principales de la intervención es la abstinencia.		
4. El objetivo principal del Modelo de autocambio dirigido para bebedores problema es ayudar al usuario a analizar su propio consumo, desarrollar e implementar sus propios planes para modificarlo.		
5. El propósito de la evaluación inicial es conocer el patrón de ingesta de alcohol del usuario y las situaciones en las cuales consume.		
6. La meta de la intervención la elige el terapeuta.		
7. El auto-registro tiene como objetivo que el usuario observe el progreso del tratamiento y que el terapeuta obtenga la información acerca de eventos que ocurren durante el tratamiento a su vez evalúe el plan de tratamiento.		
8. La prevención de recaídas es un componente fundamental en Modelo de autocambio dirigido para bebedores problema, donde se enseña a identificar las situaciones de riesgo y enfrentarlas.		
9. El terapeuta lleva un registro del consumo diario del usuario.		
10. La recaída se define como una experiencia positiva del aprendizaje.		
11. Los usuarios son elegidos por su dependencia severa al alcohol.		
12. El consumo moderado es el establecimiento de límites de consumo: en una semana promedio de siete días, una persona puede consumir tres veces a la semana y no más de cuatro copas por ocasión, intercalando días de abstinencia.		
13. El objetivo de las tareas es que el usuario practique los consejos de su terapeuta.		
14. Se entiende por una copa estándar una onza de alcohol durante una hora.		
15. El objetivo del paso 1 es marcarse metas y realizar un balance decisional sobre continuar consumiendo excesivamente o cambiar a la moderación o la abstinencia.		
16. El Modelo de autocambio dirigido para bebedores problema fue diseñado para personas que consumen alcohol.		
17. Se siguen los 12 pasos para alcanzar la meta de moderación.		
18. El objetivo del paso 3 es que el usuario descubra las habilidades de enfrentamiento que ya posee, plantee nuevas habilidades de manera real y las lleve a un plan de acción para enfrentar de forma adecuada sus situaciones de riesgo.		
19. El objetivo de las lecturas es analizar, informar y motivar a los usuarios, hacia el autocambio.		
20. Una copa estándar es igual a 12 gramos de alcohol puro.		
21. En el último paso de la intervención, se aplican los instrumentos de evaluación inicial con el objetivo de determinar el grado de progresos de los usuarios.		
22. Es importante que el usuario elija su meta.		
23. El objetivo de la tarea del paso 2 es que el usuario identifique cuáles son las situaciones que lo obligan a consumir alcohol en exceso.		

INSTRUMENTO DE INTERESES

Objetivo: Identificar el nivel de intereses de los profesionales de la salud para poder participar en el programa de prevención en el área de las adicciones.

Instrucciones: Identifique su opinión marcando el número apropiado de acuerdo a a escala:

1. Totalmente de acuerdo
2. De a cuerdo
3. Indeciso
4. En desacuerdo
5. Totalmente en desacuerdo

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Identificar a las personas que comienzan a tener problemas por su consumo de alcoholes útil para brindar un tratamiento adecuado.					
2. Enseñar a moderar su consumo de alcohol a personas que están comenzando a tener problemas por su consumo, es importante en mi práctica clínica.					
3. Me preocupo por tener información acerca de los diferentes tratamientos para las personas que tienen problemas con su consumo de alcohol.					
4. Utilizo el patrón de consumo de alcohol como una herramienta regular para hacer un diagnóstico.					
5. Utilizo la información recabada para identificar a los sujetos que tienen problemas con su consumo de alcohol.					
6. Canalizó a mis clientes que tienen problemas con su consumo de alcohol a asistir a tratamientos psicológicos para cambiar su consumo.					
7. Me preocupo pos enseñar a moderar su consumo de alcohol a mis clientes que están comenzando a tener problemas en su salud por el consumo de alcohol.					
8. Me interesa colaborar con otros profesionales del área de la salud en el entrenamiento de personas que comienzan a tener problemas por el consumo de alcohol.					
9. Estoy dispuesto a invertir tiempo y esfuerzo en aprender a identificar, canalizar y tratar personas que tienen problemas con su forma de beber.					

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARA EL TERAPEUTA

INSTRUCCIONES:

A continuación se le harán una serie de preguntas con la finalidad de conocer que ha pasado con la capacitación que recibió acerca del Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema y de esta manera hacer un seguimiento del mismo. Por favor, responda de manera clara y honesta a cada una de las preguntas, pues nos interesa conocer su verdadera opinión.

DATOS GENERALES:

Nombre: _____

Profesión: _____

Cargo/Puesto: _____

Centro de Integración Juvenil: _____

Estado: _____

Teléfono: _____

Sexo: F M

INFORMACIÓN SOBRE EL TALLER DE CAPACITACIÓN

1. ¿De qué manera se enteró del curso de capacitación del Modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema?
 - a) Jefe directo
 - b) Propaganda (carteles, volantes, trípticos)
 - c) Capacitadores
 - d) Otro: especifique
2. ¿Cuáles fueron los motivos por los que asistió?
 - a) Voluntaria
 - Superación profesional
 - Interés en el tema
 - Necesario para mi trabajo
 - Estímulos profesionales
 - Otro: especifique
 - b) Involuntaria
 - Son parte de las actividades que me corresponde realizar
 - El jefe inmediato solicitó mi presencia
 - Es parte del reglamento de la institución
 - Otro: especifique
3. ¿Cuál fue su reacción inicial ante el taller de capacitación?
 - a) Agrado
 - b) Desagrado
 - c) Indiferencia
 - d) Interés
 - e) Otro: especifique
4. ¿Cómo considera que fueron los materiales didácticos utilizados durante la capacitación?
 - a) Adecuados
 - b) Regulares
 - c) Inadecuados
 - d) No hubo
 - e) Otro: especifique
5. ¿Hubo ejemplos prácticos?
 - a) Sí (ir a 6)
 - b) No (ir a 7)
6. ¿Éstos le permitieron que la información fuera clara?
7. En cuanto a las características del capacitador que impartió el curso, ¿podría hacer sugerencias que usted crea podrían favorecer el proceso de capacitación?
8. Al término de la capacitación ¿hubo un espacio para aclarar dudas?
 - a) Sí
 - b) No
9. Opiniones, observaciones y sugerencias acerca de las siguientes características del taller:
 - 1) Duración
 - 2) Contenido
 - 3) Materiales
 - 4) Ponencia
10. En términos generales, ¿cree usted que fue provechosa su asistencia?, explique sus razones.

- a) **Sí**
- Utilidad
 - Fácil de aplicar
 - Ayuda a mejorar los servicios
 - Otro: especifique
- b) **No**
- No necesito la información en mi práctica o trabajo
 - Difícil de aplicar
 - Falta de tiempo
 - Confuso
 - Tengo otras actividades
 - Otros: especifique

INFORMACIÓN ACERCA DEL MODELO

11. ¿Considera que el modelo es novedoso o innovador? ¿por qué?
- a) Sí
- b) No
12. Al aplicar el modelo, que ventajas (beneficios) y desventajas tendría:
- a) Usted
- b) CIJ
- c) Los usuarios
13. Después de la capacitación ¿aplicó el modelo?
- a) Sí
- b) No
14. Actualmente ¿utiliza el modelo?
- a) Sí
- b) No

INFORMACIÓN EN CUANTO A LA APLICACIÓN DEL MODELO

SÍ APLICA O APLICÓ EL MODELO. Conteste las siguientes preguntas:

15. ¿Cuáles fueron las razones o motivos por los que usted decidió aplicar el modelo?
16. Aproximadamente ¿cuántas personas han recibido el tratamiento que propone el modelo?
17. Características de los usuarios a quienes aplicó el modelo: (especificar porcentajes o estimar un promedio)
- Sexo:
 - Edad:
 - Ocupación:
 - Escolaridad:
 - Tipo de bebedor: leve moderado severo
18. ¿Cómo considera el manejo del modelo?
- a) Fácil de aplicar
- b) Sencillo
- c) Difícil de aplicar
- d) Complejo
- e) Otro: especifique
19. ¿Qué facilidades tuvo para aplicar el modelo?
20. ¿Existieron obstáculos o dificultades al aplicar el programa? ¿cuáles fueron? (ejemplo: dudas, situaciones imprevistas, etc.)
21. ¿Realizó algún tipo de modificación al modelo con el fin de responder a las necesidades de los usuarios?
- a) No
- b) Sí
- ¿cuál fue?
 - ¿cuáles fueron los motivos?
 - ¿qué resultados obtuvo?
22. Los resultados que obtuvo con la aplicación del modelo ¿fueron satisfactorios? ¿por qué?
- a) Sí
- b) No

NO APLICA NI APLICÓ EL MODELO. Contestar las siguientes preguntas.

23. ¿Cuáles fueron los motivos por los cuales no aplicó el programa?
24. A continuación se le presentarán una serie de motivos por los cuales usted, quizá, no aplicó el modelo. Mencione cuáles concuerdan con su caso y explique:

- a) Falta de tiempo
 - b) Falta de espacios adecuados
 - c) Dudas acerca de su aplicación
 - d) No cuenta con los materiales adecuados
 - e) No esta de acuerdo con el modelo
 - f) Algún tipo de impedimento institucional
 - g) Falta de apoyo
 - h) Sus actividades ni están relacionadas con el servicio que ofrece el modelo
 - i) Razones personales
25. ¿Podrían existir alternativas a través de las cuales usted podría aplicar el modelo?
- a) Sí ¿podría mencionar cuáles serían esas alternativas?
 - c) No

A TODOS LOS PARTICIPANTES

26. ¿Considera que otros podrían aplicar el modelo? (dentro de CIJ, en el ámbito de la salud, en general)
- a) Sí ¿Quiénes?
 - b) No
27. ¿Usted ha capacitado a otros profesionales de la salud para aplicar el modelo? ¿cuáles fueron sus razones?
- a) Sí ¿por qué? (ir a 28)
 - b) No ¿por qué? (ir a 31)
28. ¿A quienes?
29. ¿Sabe si lo aplican?
30. ¿Sabe si les ha funcionado el modelo a las personas que capacitó?
31. ¿Existió aceptación o rechazo del modelo por parte de su Institución?
32. ¿Conoce las razones de esta reacción?
33. ¿Qué estrategias se podrían seguir para que el modelo lo apliquen más profesionales de la salud?
34. ¿Quisiera hacer algún otro comentario o sugerencia antes de terminar?

GRACIAS POR SU INTERÉS Y ATENCIÓN

ENTREVISTA INICIAL SEMIESTRUCTURADA

1. Nombre: _____ Fecha: _____
2. Sexo: _____
3. Escolaridad: _____
4. Estado civil: _____
5. ¿Con quién vive actualmente?
6. Lugar de residencia en la actualidad
7. En los últimos 12 meses ¿cuántas veces ha cambiado de casa?
- SALUD FÍSICA**
8. ¿Por qué está buscando tratamiento?
9. ¿Principal problema por el que está buscando ayuda?
- (1) Alcohol (2) Tabaco (3) Marihuana/ cannabis (4) Cocaína (5) Heroína (6) Pastillas _____
- (7) Otras (drogas) _____ (8) Con varias drogas _____
10. ¿Ha recibido algún tratamiento o ayuda para resolver problemas de alcohol o droga?
- Tipo de tratamiento o ayuda:
- (1) Centro de desintoxicación (2) Tratamiento de consulta externa (3) tratamiento de consulta interna (4) Tratamiento médico (5) Tratamiento psiquiátrico (6) Grupos de auto-ayuda.
11. ¿Está siendo atendido pos algún problema de salud en la actualidad? ¿Cuál?
12. ¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está automedicando?
13. ¿Cuánto pesa?
14. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre? (1) ninguna (2) leer (3) Hacer deporte (4) Ir al cine o teatro (5) Ir a los museos (6) Ir a discotecas o bares (7) Ir a fiestas (8) Otro
15. ¿Estas actividades están relacionadas al abuso de alcohol o uso de drogas?
16. ¿Cuándo está con amigos o familiares estos lo presionan a beber en exceso o a usar drogas?
- (1) No (2) Sí, sólo mis amigos (3) Sí, solo familiares (4) Sí, tanto amigos como familiares
17. Entre sus amigos o familiares, ¿Quiénes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol o de drogas?
18. ¿Qué tan satisfecho está con su “estilo de vida” en este momento? (1) muy satisfecho (2) satisfecho (3) inseguro (4) insatisfecho (5) muy insatisfecho.
- SITUACIÓN LABORAL**
19. Situación laboral: (1) Tiempo completo (2) Medio tiempo (3) Trabajo por su cuenta (4) Trabajo ocasional (5) Sin empleo (6) Incapacitado (7) Estudiante (8) Jubilado (9) Labores en el hogar
20. Ocupación actual u ocupación que ha desempeñado con mayor frecuencia:
21. Número de años trabajando en ocupación actual:
22. En los últimos 12 meses, ¿cuántas semanas estuvo desempleado?
23. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó como resultado de beber bebidas alcohólicas? (0-360)
24. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó como resultado de consumir drogas? (0-360)
25. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo, como resultado de beber bebidas alcohólicas?
26. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo, como resultado de consumir drogas?
27. Ingreso personal aproximado durante el año pasado:
28. En promedio, ¿qué porcentaje de su salario lo utiliza en alcohol?
29. En promedio, ¿cuánto dinero gasta al mes en comprar drogas?
30. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol?
31. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue arrestado (detenido) por el abuso en el consumo de alcohol?
32. ¿Por cuántos años ha consumido alcohol?
33. ¿Por cuántos años ha sido un bebedor excesivo?
34. ¿Por cuántos años ha tenido problemas con su forma de beber?
35. En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de alcohol durante el año pasado:
- 1) Sin problema
- 2) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).
- 3) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).
- 4) Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria).
- 5) Un gran problema (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias).
36. Desde que el consumo de alcohol se ha convertido en un problema, ¿cuántas veces ha intentado seriamente dejar o reducir su consumo?
37. Desde que el consumo de alcohol se ha convertido en un problema, ¿cuál es el mayor número de meses consecutivos en que se ha propuesto no consumir, y no ha consumido nada de alcohol?, ¿cuándo ocurrió?, ¿porqué se abstuvo en esa ocasión?

38. ¿En que porcentaje consume las siguientes bebidas?

___ 0- 100% cerveza

___ 0- 100% vino

___ 0- 100% pulque

___ 0- 100% destilados (ron, ginebra, aguardiente, vodka, whisky, tequila, mezcal, etc.)

___ 0- 100% coolers

HISTORIA DE CONSUMO DE DROGAS

39. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de drogas?

40. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue arrestado (detenido) por el consumo de drogas?

41. ¿Por cuántos años ha consumido drogas?

42. ¿Por cuántos años ha tenido problemas con su consumo de drogas?

43. En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de drogas durante el año pasado:

1) Sin problema

2) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).

3) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).

4) Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria).

5) Un gran problema (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuáles pueden considerarse serias).

44. Desde que el consumo de drogas se ha convertido en un problema, ¿cuántas veces ha intentado seriamente dejar de consumir?

45. Desde que el consumo de drogas se ha convertido en un problema, ¿cuál es el mayor número de meses consecutivos en que se ha propuesto no consumir, y no ha consumido nada de drogas?, ¿cuándo ocurrió?, ¿porqué se abstuvo en esa ocasión?

CONSUMO DE TABACO

46. ¿Fuma? (para exfumadores estas preguntas deben de contestarse en pasado?)

1) Nunca he fumado

2) Actualmente fumo

3) Ex fumador (menos de un año)

4) Ex fumador (más de un año), número de años _____

47. ¿Por cuánto tiempo ha sido un fumador regular?

48. Promedio de cigarros fumados diariamente _____

49. Número de minutos que pasan desde que se despierta en las mañanas hasta que enciende su primer cigarrillo _____

50. Sustancias consumidas:

Tipo de droga	Consumo 1. No 2. Si	Forma de consumo (oral, inyectada, fumada, inhalada, otras)	Último año de consumo	Frecuencia de consumo (durante los últimos 90 días)	Cantidad consumida con más frecuencia (durante los últimos 90 días)
Alcohol					
Marihuana					
Cocaína					
Metanfetaminas					
Depresivos					
Narcóticos (heroína, metadona, opio, morfina, demerol)					
Inhalantes (cemento, solventes, aerosoles)					
Alucinógenos (LSD, Polvo de ángel, mescalina, psilocibina)					
Drogas anti alcohol (ABTABUSE, TEMPOSIL)					
* Sí el cuadro consumo se contesta No, el resto de la fila debe permanecer en blanco	** Código de frecuencia de consumo				
	0= No consume 1= menos de una vez al mes	2= una vez al mes 3= 1 a 2 veces a la semana	4= 3 a 6 veces a la semana 5= diariamente		

51. Consecuencias adversas al uso de sustancias:

	1) Alcohol	2) Estimulantes	3) Tranquilizantes	4) Narcóticos	5) Sedantes	6) Solventes	7) Cannabis	8) Otros
Droga consumida durante los últimos 6 meses 1 (si) 2 (no)								
* NOTA: LLENAR LOS SIGUIENTES CUADROS REFIRIÉNDOSE A LA DROGA CONSUMIDA								
PROBLEMAS EXPERIMENTADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES								
Daño físico (incluyendo daño neurológico por sobredosis) 0= Ninguno 1= Aviso preventivo del médico 2= Tratamiento médico por problemas físicos (enfermedad o accidentes), relacionado con el consumo de drogas.								
Daño cognitivo (agudo o crónico, incluyendo lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento) 0= Ninguno 1= 5 o menos ocasiones 2= Más de 5 ocasiones								
Daño afectivo 0= Ninguno 1= Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2= Mayor (con consecuencias en el comportamiento diario).								
Problemas interpersonales 0= Ninguno 1= Menor (solamente discusiones) 2= Mayor (pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)								
Agresión 0= Ninguno 1= Abuso verbal cuando esta drogado 2= Violencia física cuando esta drogado								
Problemas legales 0= Ninguno 1= Solamente acusación (trámite pendiente o sin cargos) 2= Convicto								
Problemas financieros 0= Ninguno 1= Menor (gastos en exceso) 2= Mayor (consumo de sustancias relacionadas con menores ingresos para mantener su consumo)								

Entrevistador:

Profesión:

Firma:

BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA LA ALCOHOL (BEDA)

Fecha:

Nombre:

Instrucciones: *Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "x" la opción más adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.*

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. ¿Tiene dificultades para dejar de pensar en beber?	0	1	2	3
2. ¿Es más importante beber en exceso que su próxima comida?	0	1	2	3
3. ¿Organiza su vida de acuerdo a cuándo y dónde puede beber?	0	1	2	3
4. ¿Bebe por la mañana, tarde y noche?	0	1	2	3
5. ¿Bebe por el efecto del alcohol sin importarle qué bebida es la que toma?	0	1	2	3
6. ¿Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?	0	1	2	3
7. ¿Bebe en exceso aun sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?	0	1	2	3
8. ¿Sabe que una vez que empiece a beber no podrá dejar de hacerlo?	0	1	2	3
9. ¿Trata de controlar su forma de beber , dejando de tomar algunos días o semanas?	0	1	2	3
10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?	0	1	2	3
11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, se despierta con temblor en las manos?	0	1	2	3
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?	0	1	2	3
13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, evita a la gente?	0	1	2	3
14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aun cuando después se da cuenta de que eran imaginarias?	0	1	2	3
15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?	0	1	2	3
Puntaje				

**LÍNEA BASE RETROSPECTIVA DE CONSUMO DE ALCOHOL
(LIBARE)**

Nombre:

Fecha:

Periodo:

Enero						
lun	mar	mier	jue	vier	sab	dom

Febrero						
lun	mar	mier	jue	vier	sab	dom

Marzo						
lun	mar	mier	jue	vier	sab	dom

Abril						
lun	mar	mier	jue	vier	sab	dom

Mayo						
lun	mar	mier	jue	vier	sab	dom

Junio						
lun	mar	mier	jue	vier	sab	dom

Julio						
lun	mar	mier	jue	vier	sab	dom

Agosto						
lun	mar	mier	jue	vier	sab	dom

Septiembre						
lun	mar	mier	jue	vier	sab	dom

Octubre						
lun	mar	mier	jue	vier	sab	dom

Noviembre						
lun	mar	mier	jue	vier	sab	dom

Diciembre						
lun	mar	mier	jue	vier	sab	dom

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA)

Nombre:

Fecha:

Instrucciones: A continuación se le presenta una lista de situaciones en las cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso.

Lea cuidadosamente cada reactivo, y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado.

Marque usted:

0. Si usted "NUNCA" bebió en exceso en esa situación.
1. Si usted "OCASIONALMENTE" bebió en exceso en esa situación
2. Si usted "FRECUENTEMENTE" bebió en exceso en esa situación
3. Si usted "CASI SIEMPRE" bebió en exceso en esa situación

PREGUNTAS	BEBÍA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando tuve una discusión con un amigo	0	1	2	3
2. Cuando estaba deprimido	0	1	2	3
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino	0	1	2	3
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud	0	1	2	3
5. Cuando decidí mostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar una o dos copas	0	1	2	3
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	0	1	2	3
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita	0	1	2	3
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien	0	1	2	3
9. Cuando alguien me criticaba	0	1	2	3
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa	0	1	2	3
11. Cuando no podía dormir	0	1	2	3
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3
14. Cuando me sentía muy contento	0	1	2	3
15. Cuando volvía a estar en reuniones en dónde siempre bebía	0	1	2	3
16. Cuando me entristecía al recordar algo que me había sucedido	0	1	2	3
17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí	0	1	2	3
18. Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso	0	1	2	3
19. Cuando al salir con amigos estos entraban a un bar a beber una copa	0	1	2	3
20. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podría ser la bebida	0	1	2	3
21. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gusta	0	1	2	3
22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo	0	1	2	3
23. Cuando sentía que no tenía a quién acudir	0	1	2	3
24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo	0	1	2	3
25. Cuando me sentía rechazado sexualmente	0	1	2	3
26. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
27. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos	0	1	2	3
28. Cuando la gente era injusta conmigo	0	1	2	3
29. Cuando me acordaba de lo bien que sabe mi bebida favorita	0	1	2	3
30. Cuando me sentía rechazado por mis amigas	0	1	2	3
31. Cuando me sentía seguro y relajado	0	1	2	3
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida	0	1	2	3
33. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida	0	1	2	3
34. Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente	0	1	2	3
35. Cuando me sentía solo	0	1	2	3
36. Cuando me podía convencer de que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas	0	1	2	3
37. Cuando me estaba sintiendo el "dueño" del mundo	0	1	2	3

38. Cuando pasaba por dónde venden bebidas	0	1	2	3
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía	0	1	2	3
40. Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta	0	1	2	3
41. Cuando estaba cansado	0	1	2	3
42. Cuando tenía dolor físico	0	1	2	3
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber sólo unas cuantas copas	0	1	2	3
44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo	0	1	2	3
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probara	0	1	2	3
46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más	0	1	2	3
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise platicar una "anécdota"	0	1	2	3
49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla	0	1	2	3
50. Cuando no le simpatizaba a algunas personas	0	1	2	3
51. Cuando me sentía mareado o con náuseas	0	1	2	3
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí	0	1	2	3
53. Cuando me sentía muy presionado	0	1	2	3
54. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa	0	1	2	3
55. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	0	1	2	3
56. Cuando otras personas interferían con mis planes	0	1	2	3
57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida	0	1	2	3
58. Cuando todo estaba saliendo bien	0	1	2	3
59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	0	1	2	3
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	0	1	2	3
61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor	0	1	2	3
62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo	0	1	2	3
63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba	0	1	2	3
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	0	1	2	3
65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	0	1	2	3
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	0	1	2	3
67. Cuando pasaba frente a un bar	0	1	2	3
68. Cuando me sentía vacío interiormente	0	1	2	3
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban unas copas	0	1	2	3
70. Cuando me sentía muy cansado	0	1	2	3
71. Cuando todo me estaba saliendo mal	0	1	2	3
72. Cuando quería celebrar con un amigo	0	1	2	3
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa	0	1	2	3
74. Cuando me sentía culpable de algo	0	1	2	3
75. Cuando me sentía nervioso y tenso	0	1	2	3
76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas	0	1	2	3
77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia	0	1	2	3
78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	0	1	2	3
79. Cuando me sentía contento con mi vida	0	1	2	3
80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	0	1	2	3
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	0	1	2	3
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión	0	1	2	3
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de ser	0	1	2	3
84. Cuando me reunía con un amigo y sugería tomar una copa juntos	0	1	2	3
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad o un cumpleaños	0	1	2	3
86. Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo	0	1	2	3
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	0	1	2	3
89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa	0	1	2	3
90. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
91. Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	0	1	2	3
92. Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar	0	1	2	3
93. Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable	0	1	2	3

94. Cuando tenía problemas en el trabajo	0	1	2	3
95. Cuando estaba a gusto con un amigo y quería tener mayor intimidad	0	1	2	3
96. Cuando mi jefe me ofrecía una copa	0	1	2	3
97. Cuando sentía el estómago "hecho nudo"	0	1	2	3
98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	0	1	2	3
99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso	0	1	2	3

ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO A USUARIO

El entrevistador debe revisar:

- Nombre del terapeuta
- Establecimiento de metas
- Resultados de la línea base
- Nombre y dirección del colateral

El usuario debe traer

- Registro de automonitoreo para línea base retrospectiva (si los tiene)
1. Lugar de la entrevista: 1) en el Centro; 2) en la casa o trabajo; 3) por teléfono
 2. Estado civil
 3. ¿Qué tan satisfecho está con su "estilo de vida" en este momento? (1) muy satisfecho (2) satisfecho (3) inseguro (4) insatisfecho (5) muy insatisfecho.
 4. Situación laboral en los últimos 6 meses: (1) Tiempo completo (2) Medio tiempo (3) Trabajo por su cuenta (4) Trabajo ocasional (5) Sin empleo (6) Incapacitado (7) Estudiante (8) Jubilado (9) Labores en el hogar
 5. Número de semanas que estuvo trabajando en los últimos 6 meses:
 6. Número de días en que no asistió a trabajar en los últimos 6 meses por abuso de alcohol:
 7. Número de trabajos que perdió en los últimos 6 meses debido a problemas causados por consumo de drogas:
 8. ¿Ha recibido algún otro tratamiento además de este 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 ningún efecto, (c) inútil
 10. Número de días hospitalizado debido a problemas relacionados con el consumo de alcohol en los últimos 6 meses:
 11. Número de días hospitalizado debido a problemas relacionados con el consumo en los últimos 6 meses:

PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

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

- ___ 0- 100% cerveza
 ___ 0- 100% vino
 ___ 0- 100% pulque
 ___ 0- 100% destilados (ron, ginebra, aguardiente, vodka, whisky, tequila, mezcal, etc.)
 ___ 0- 100% coolers

13. En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de alcohol en los últimos 6 meses:

- 1) Sin problema
- 2) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).
- 3) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).
- 4) Un problema mayor/ grave (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria).
- 5) Un gran problema/muy grave (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuáles pueden considerarse serias).

14. En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de drogas en los últimos 6 meses:

- 1) Sin problema
- 2) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).
- 3) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).
- 4) Un problema mayor/ grave (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria).
- 5) Un gran problema/muy grave (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuáles pueden considerarse serias).

15. SUSTANCIAS CONSUMIDAS

Tipo de droga	Consumo 1. No 2. Si	Forma de consumo (oral, inyectada, fumada, inhalada, otras)	Último año de consumo	Frecuencia de consumo0 (durante los últimos 90 días)	Cantidad consumida con más frecuencia (durante los últimos 90 días)
Alcohol					
Marihuana					
Cocaína					
Metanfetaminas					
Depresivos					
Narcóticos (heroína, metadona, opio,					

17. ¿Qué tan útil ha sido la comunicación con su terapeuta después de terminar las 4 sesiones de tratamiento?:
 (1) No fue útil; (2) Ayudó poco; (3) Ayudó en algo; (4) Ayudó considerablemente; (5) Ayudó mucho
18. Le recomendaría a los terapeutas que siguieran manteniendo el contacto con sus usuarios:

LAS PREGUNTAS RESTANTES SOLAMENTE 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 tratamiento de auto cambio dirigido, 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 su elección de su meta de consumo de alcohol o drogas?
- 1) Una buena meta ¿por qué?
 - 1) Sin comentarios
 - 2) 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 la meta el terapeuta
 - 3) Indiferente
24. Enumere que tan útiles 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 a CIJ antes de recibir tratamiento)
 2. _____ El nombre de su terapeuta es: _____
 3. _____ Las lecturas y tareas que fueron asignadas
 4. _____ Auto-monitoreo 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 los contras)
 6. _____ La aproximación hacia la resolución de problemas (identificación de los factores de incitación al consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias, opciones de desarrollo de 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 alcohol
 9. _____ Los dos contactos telefónicos que mantuvo con su terapeuta para la terapia de seguimiento
 10. _____ Las cuatro sesiones estructuradas de la terapia
25. Considera usted que el programa de autocambio dirigido para bebedores problema en México, en el cuál usted participó, debería seguir estando a disposición de nuestra población:
1. Si
 2. No
 3. Sí, sólo en determinados pacientes. Favor de escribir el tipo de pacientes que usted considera el apropiado para esta clase de tratamiento:
26. Con esto concluimos la entrevista, ¿tiene algún comentario o alguna sugerencia que desee agregar?

Nombre del usuario:

Nombre del examinador:

Fecha: