



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA PROFESIONAL
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

CASO CLÍNICO DEL PROGRAMA DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:
FRANCISCO DIAZ GONZALEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. SARA EUGENIA CRUZ MORALES

COMITÉ TUTORIAL: DR. HORACIO QUIROGA ANAYA

DR. AGUSTIN VELEZ BARAJAS

DR. ARIEL VITE SIERRA

MTRO. MIGUEL ANGEL MEDINA GUTIERREZ

MEXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

RESUMEN -----	2
INTRODUCCIÓN -----	2
I. COMPETENCIAS DESARROLLADAS -----	5
II. ANTECEDENTES -----	7
III. ENCUESTAS MUNDIALES Y NACIONALES DE CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS -----	11
IV. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES -----	12
V. TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL -----	16
VI. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL -----	20
VII. TIPOS DE INTERVENCIÓN -----	27
VIII. TERAPIAS BREVES COGNITIVO-CONDUCTUALES -----	29
IX. INTERVENCIONES BREVES Y TERAPIAS BREVES -----	30
X. A QUIEN SE DIRIGEN LAS INTERVENCIONES BREVES -----	35
XI. EL CONSUMO DE ALCOHOL -----	37
XII. MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO -----	41
XIII. MOTIVACIÓN, EXPECTATIVAS, ACTITUDES Y RECAÍDA -----	45
XIV. AUTOEFICACIA -----	51
XV. AUTOCONTROL -----	52
XVI. BEBEDOR PROBLEMA -----	55
XVII. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA -----	57
XVIII. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN -----	83

RESUMEN

Este reporte consiste en informar sobre la aplicación de un tratamiento breve para atender el consumo excesivo y problemático de alcohol con el enfoque cognitivo-conductual. En primer lugar se muestra la epidemiología en el consumo de drogas legales e ilegales en México. Posteriormente se presenta el marco teórico bajo el cual se sustenta este modelo de intervención. En el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco se realiza la aplicación de este tratamiento para atender a personas con un consumo excesivo y riesgoso de alcohol, disminuyendo y previniendo costos y daños futuros. En el caso que se presenta se muestran los resultados favorables al lograr una reducción del consumo a niveles moderados, viéndose el usuario beneficiado con la aplicación del modelo de intervención.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe en México una situación que se ha venido agravando en los últimos años, el cual es el problema del abuso y dependencia de sustancias tóxicas legales e ilegales. Este fenómeno alcanza a cualquier clase social e impacta de manera directa en las distintas esferas del desarrollo personal y por tanto del medio en el que se desenvuelve el individuo; ya que afecta también a familiares, amigos, trabajo y sociedad en su conjunto. Debido a lo anterior, se han desarrollado diversos estudios y tratamientos con diferentes perspectivas y desde distintas disciplinas, entre las que se encuentran la epidemiológica, la sociológica y la psicológica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) menciona que las muertes relacionadas con el consumo abusivo del alcohol y la discapacidad que provoca, generan mayores costos para la vida y la longevidad, que aquellas causas originadas por el uso de tabaco. El estudio sobre la carga global de enfermedades patrocinado por la OMS (2004) y el Banco Mundial coloca al alcohol con un impacto global a la salud, a la par del sexo sin precaución, y por encima del tabaco, en términos de su contribución al número total de años de vida perdida e incapacidad. En suma las enfermedades crónicas que afectan a los bebedores después de mucho años de abuso o dependencia, contribuyen a resultados dramáticos que matan o incapacitan a las personas a una edad relativamente joven, dando como resultado la pérdida de muchos años de calidad de vida.

Recientemente la OMS (2004) ha dado una importancia sustancial a monitorear y proveer de guías para controlar los problemas de salud atribuidos al alcohol. Por otro lado se ha visto que mientras el consumo abusivo de alcohol en adultos en los países desarrollados ha disminuido desde 1980, ha aumentado en los países en vías de desarrollo, debido a que en estos últimos los servicios de prevención en sus distintos niveles no siempre son los más adecuados. Así mismo esta organización ha generado una base de datos con los países miembro que se publica desde 1999, la cual busca conocer el impacto que causa en la salud a nivel mundial el consumo abusivo y la dependencia de alcohol; que están haciendo los gobiernos para aminorar el daño, y que se necesita para prevenir y reducir las enfermedades y daños generados por el alcohol. Los factores que se incluyen en esta base de datos son: 1) situación socio-demográfica, 2) producción de alcohol, mercadeo, e industria, 3) consumo de alcohol, 4) prevalencia del uso de alcohol, 5) los efectos en la salud por el uso de alcohol y 6) las respuestas políticas nacionales.

Des Jarlais y Hubbard, (2004) mencionan que el abuso y la dependencia del alcohol y otras drogas es un problema de salud pública particularmente complejo. La complejidad en el abuso de alcohol y otras drogas es una función de naturaleza diversa. Los desórdenes de dependencia pueden involucrar factores farmacológicos, psicológicos y sociales. El abuso de sustancias frecuentemente involucra múltiples agentes farmacológicos utilizados dentro de un complejo ambiente social en el cual algunas sustancias son legales y otras ilegales. Las consecuencias del abuso en el consumo de alcohol y otras drogas son muchas y muy variadas. Algunas son agudas y colocan al individuo en una situación de riesgo, tales como ir manejando mientras está intoxicado. El uso de sustancias adictivas como el alcohol en sujetos biológicamente vulnerables quizá pueda resultar a largo plazo en un alcoholismo crónico y cirrosis en el hígado. En el caso del consumo de otras drogas como las inyectables el riesgo de contraer enfermedades como hepatitis y SIDA es muy alto.

Por otro lado Chick (2001) dice que se estima que al menos 1 de cada 10 alcohólicos reciben un tratamiento especializado alguna vez en su vida. Muchos más se han atendido a lo largo de su historia de consumo por varias razones. También se ha visto que el incremento de enfermeras en el equipo de trabajo que comprende la atención primaria han encontrado algunas barreras significativas para intervenir. Algunas de estas razones son: La creencia de que no es posible intervenir cuando los bebedores no están motivados y la falta de confianza para generar motivación o promover que se incorporen a una terapia. El abuso de alcohol y drogas es un fenómeno mundial que genera gastos enormes en los centros de salud y que tanto los consumidores, como la gente que les rodea quedan sensiblemente afectados.

Jones y McMahon (1996) comentan que las experiencias que los individuos tienen durante su vida estructuran su pensamiento de tal forma que juega un papel importante en el rol futuro de su estilo de consumo.

Para entender el abuso de sustancias y sus consecuencias es necesario saber que enfoque se le da a dicho fenómeno, a lo que Ayala y Cárdenas (1996), comentan que la concepción contemporánea de lo que se ha denominado alcoholismo y farmacodependencia se centra en considerar estas disfunciones como comportamientos adictivos y no como procesos de una enfermedad progresiva e incurable. Esta visión implica que los mecanismos que propician el desarrollo y mantenimiento de estos patrones de hábito son los mismos que regulan el aprendizaje en la mayor parte del comportamiento humano. La investigación empírica dirigida a la prevención y tratamiento de dichos comportamientos ha señalado que el proceso de cambio de estos ocurre a lo largo de una serie de etapas que deben contemplarse en el diseño de acciones concretas para intentar prevenirlos, o en confeccionar programas de tratamiento dirigidos a cambiarlos o modificarlos. Agregan, que bajo un modelo médico, el papel del individuo en el curso que sigue su problemática o enfermedad es insignificante, ya que se atribuye su causalidad, a factores externos, mientras que en un modelo terapéutico de auto-control, es el individuo el determinante fundamental del curso que sigue su comportamiento adictivo.

Kandel y Davies (1992) mencionan que en los estudios previos sobre el abuso en el consumo de drogas existen factores específicos que predicen cuando los sujetos se pueden involucrar también en otras conductas de riesgo. Adicionalmente, los investigadores han

encontrado que existen diferentes predictores para el uso abusivo de alcohol, marihuana y otras drogas, y diferentes predictores de iniciación versus uso continuado.

Glantz y Pickens (1992) comentan que en la mayoría de las investigaciones se informa que las variables sociales son más importantes en el inicio del uso de drogas, en tanto que las variables psicológicas (p. ej. afectos negativos y psicopatologías) y biogenéticas (sistemas neuroquímicos e historia familiar de alcoholismo) son importantes en la transición hacia el abuso de drogas.

Por otro lado Tavistock (1987) ha visto que el consumo excesivo de alcohol, para un periodo indeterminado de tiempo, quizá aumente los problemas psicológicos, familiares, sociales y laborales, así como también lesiones orgánicas.

Bien, Miller y Tonigan (1993) sugieren que la estrategia recomendada, es tomar acción antes que los usuarios desarrollen un cierto grado de dependencia leve o moderada, a través de la detección temprana de los bebedores en riesgo. Los cuidados primarios de la salud tienen una responsabilidad directa en este acercamiento. La eficacia de las intervenciones breves o muy breves realizadas por el terapeuta o cualquier especialista abocado al ámbito de la salud en reducir el consumo de alcohol excesivo ha sido demostrado en varios estudios al respecto.

Ayala (2001) comenta que en nuestro país, al igual que en otros, el porcentaje de individuos que consumen alcohol y presentan un nivel de dependencia severa al mismo, es muy reducido, ya que la mayor proporción de los que consumen alcohol no presentan este tipo de dependencia, pero sí, una importante problemática individual, familiar, laboral y social, debido a sus patrones de consumo excesivo.

Tucker (1999) menciona que el curso de una adicción es variable y cambiante y no inevitablemente termina en problemas que resultan desastrosos. Asume que las conductas adictivas están multideterminadas por complejos factores, sociales, ambientales y biológicos, y no se reducen a una sola causa física o de carácter, y evaluar los daños desde la perspectiva de solo una parte, sea el individuo de manera aislada o del grupo al que pertenece, sería caer en análisis parciales que no aportarían mucha información para la comprensión de este fenómeno.

Des Jarlais y Hubbard, (2004) mencionan que uno de los factores por los cuales en las décadas de los 80's y 90's se dio mucha importancia a este fenómeno, fue debido al aumento en los costos para tratar esta problemática, además de los costos sociales tales como, que haya más crimen asociado al consumo de estupefacientes y alcohol y las enfermedades como el SIDA por el uso de drogas vía intravenosa.

Por otro lado Zweben y Fleming (1999) señalan que la participación de los psicólogos en el campo de las adicciones es muy reducida debido a que existen muy pocos especialistas en este campo; los obstáculos que se observan son la falta de educación y entrenamiento en el campo del abuso de sustancias psicoactivas, la sensación de desesperanza acerca del tratamiento y del manejo de las adicciones, la brecha entre la comunidad psicológica y las líneas principales del tratamiento en adicciones, el conflicto que existe entre algunos

aspectos del entrenamiento en terapia tradicional y el tratamiento en adicciones. Estas barreras deben ser eliminadas por la profesión como un todo y por los psicólogos como individuos quienes desean desarrollar su carrera y conocimiento en este campo. Los desórdenes adictivos son complejos, y creemos que no pueden ser reducidos a teorías simplistas basadas solamente en aspectos biológicos o psicosociales. Creemos que solamente integrando estos factores podemos entender verdaderamente la totalidad de este desorden.

Así que aquellos psicoterapeutas que sean flexibles y abiertos a nuevas ideas serán más eficientes en ayudar a los consumidores a que se muevan del abuso de alcohol y drogas hacia estilos de vida donde no necesiten de la sustancia para poder desenvolverse en el mundo en el que interactúan y afrontar las situaciones que se les presenten sin la necesidad de utilizar una sustancia como herramienta, sino que su propia capacidad a partir de sus recursos físicos, mentales y emocionales les sean suficientes para afrontar las distintas situaciones que se les presentan en su vida día a día.

Este trabajo presenta los antecedentes que se han desarrollado en relación a la atención de los problemas de abuso de alcohol; se mencionan las encuestas nacionales del consumo de alcohol, tabaco y drogas del 2002 y las encuestas de la OMS de 2004. Posteriormente desarrollo el marco teórico basado en la Teoría del Aprendizaje Social, luego menciono los tipos de intervención que hay en el tratamiento de alcohol, para presentar también las terapias e intervenciones breves con corte cognitivo-conductual las cuales son la base del tratamiento. Después hago énfasis en el consumo abusivo de alcohol desarrollando brevemente algunos aspectos importantes a considerar en el tratamiento de este problema, así mismo abordo las definiciones de la dependencia y abuso de sustancias tóxicas. Por otro lado menciono el tema de la motivación al cambio, el cual es un factor primordial en el éxito y fracaso del tratamiento, así como la recaída, la autoeficacia y las etapas de cambio. Se abordan las definiciones de lo que es un bebedor problema para saber a que tipo de población se dirige el programa de atención. Por último se desarrolla el método, se presenta el contenido del Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema, el caso, los resultados del mismo y se dan las conclusiones y discusión del reporte de caso.

I. COMPETENCIAS DESARROLLADAS

De acuerdo a los objetivos de la Maestría en Psicología de las Adicciones, el psicólogo interviene en seis niveles de atención:

- 1). Instrumentar proyectos de investigación epidemiológica y psicosocial para describir el fenómeno, que permita hacer un análisis crítico de los resultados, estudiar grupos especiales así como las tendencias que se observan en nuestro país.

- 2). Desarrollar programas preventivos a nivel individual y comunitario para evitar que el problema se presente.
- 3). Desarrollar programas de detección temprana e intervención breve para reducir los daños que cause el consumo de sustancias psicoactivas.
- 4). Aplicar programas de intervención para rehabilitar a personas con problemas por el consumo de sustancias adictivas.
- 5). Sensibilizar y formar a otros profesionistas para la aplicación de programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- 6). Instrumentar proyectos de investigación experimental aplicada y de proceso en el área de las adicciones para brindar a la población con problemas de conductas adictivas en nuestro país, más y mejores opciones para la prevención, la detección temprana, el tratamiento, la investigación, la docencia y la supervisión.

La competencia que desarrollé al atender usuarios con problemas por su consumo excesivo de alcohol, fue la número 4. Ya que el Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema, es una intervención específica que permite atender a personas que presentan ya varias consecuencias negativas por su estilo de beber, pero que aún no presentan un problema de dependencia severa por el consumo de alcohol. Las áreas que se ven afectadas por dicha conducta son la física, la cognitiva, la emocional, la de pareja, la familiar, la laboral, la económica, la escolar y la social. Por lo que este programa permite realizar una intervención atendiendo una o todas las áreas que se vean afectadas en el individuo, con el objetivo de prevenir que se agrave más la problemática. Este programa de intervención permite al especialista poner en práctica las habilidades de:

- ❖ Retroalimentar al usuario que solicita el tratamiento (aunque bien puede acudir de forma no voluntaria) a partir de un análisis funcional acerca de las causas del consumo excesivo, sobre los riesgos personales y el deterioro posible por continuar con patrón de consumo excesivo.
- ❖ Promover el cambio, mostrándole los beneficios que tiene un estilo de vida más saludable.
- ❖ La información y atención que se le brinde al usuario debe de hacerse de forma empática y no confrontativa.
- ❖ Enfatizar sobre la responsabilidad sobre su propio cambio.
- ❖ Dar consejo para detener el consumo si está indicado debido a problemas físicos presentes causados por el consumo.
- ❖ Brindar un menú alternativo de opciones para cambiar sus patrones de consumo.
- ❖ Promover la Auto-eficacia:

II. ANTECEDENTES

Ayala (1996) señala que existe dentro del campo del alcoholismo un consenso en particular de que los métodos y programas que hasta la fecha se han desarrollado para su prevención y tratamiento han mostrado ser poco efectivos y carentes de generalización. Por otro lado, el impacto de los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol se hace sentir cada día con mayor fuerza en países desarrollados y en los que están en vías de serlo. La visión prevalente es una en la que se considera que el alcoholismo es una enfermedad progresiva, incurable y mortal. Bajo esta óptica, los esfuerzos que se han implementado para desarrollar estrategias dirigidas a prevenir el desarrollo de esta adicción e intentar su curación, son provincia casi exclusiva de la medicina, especialmente de la psiquiatría. Sin embargo la evidencia reciente no apoya la noción anterior, y parece indicar con creciente énfasis una visión de alcoholismo como un problema de comportamiento.

Sobell (2001) menciona que las investigaciones en las pasadas dos décadas han mostrado que el espectro de los problemas del alcohol va más allá de aquellos casos que son clasificados como dependientes. Como se ha visto la distribución de los individuos en nuestra sociedad con problemas en el consumo abusivo de alcohol y que no muestran signos de dependencia severa son más que aquellos que exhiben una severa dependencia. No por ello dejan de ser importantes todos los casos desde un punto de vista de la salud pública. Pero desde el costo-efectividad y de la perspectiva de las intervenciones tempranas, los bebedores problema son una población que le interesa atender a esta modalidad de tratamiento.

Ayala (2001) menciona que a partir de diversos programas de tratamiento desarrollados desde los años 70's de orientación puramente conductual se han desarrollado en la actualidad los llamados tratamientos conductuales de segunda generación que incluyen: a) técnicas de auto-control (auto-monitoreo del consumo, auto-selección de metas de tratamiento y biblioterapia); b) análisis funcional del beber (la identificación de los antecedentes y consecuentes de situaciones de beber de bajo y alto riesgo); c) reestructuración cognoscitiva; y d) desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo de beber. Agrega que bajo esta visión se ve al alcoholismo como un tipo de conducta adictiva, entendiéndose por esta, un patrón o hábito repetitivo que aumenta el riesgo de enfermedad y problemas sociales o personales. Frecuentemente estas conductas se experimentan subjetivamente como "pérdida de control", ya que la conducta se continúa presentando aún cuando se hagan esfuerzos concretos por abstenerse o moderar su uso. Estos patrones o hábitos se caracterizan a su vez por gratificación inmediata (recompensas a corto plazo), y a menudo con efectos dañinos y demorados (costos a largo plazo). Los intentos por modificar la conducta adictiva típicamente están relacionados con altas tasas de recaídas. Diversos tipos de aprendizaje, tales como el condicionamiento clásico, el operante, el de aprendizaje social y el observacional, y procesos cognoscitivos de segundo orden tales como creencias, expectativas y atribuciones, las cuales son comunes en los procesos adictivos.

Marlatt (1987), (citado en Ayala y Cárdenas 1996) propone que para comprender el desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva debemos estudiar las etapas en que esta se sucede. La secuencia usualmente incluye: la iniciación de la conducta adictiva

(iniciándose con la experimentación, pasando por el abuso y adquisición de la dependencia), la transición al mantenimiento del uso continuado (también conocida como etapa pre-contemplativa) y el cambio activo en sí (intentos de reducir o cesar la adicción). La secuencia de cambio conductual a su vez se subdivide en tres componentes: contemplación y motivación para el cambio, compromiso activo para cambiar (ya sea auto-iniciado o asistido por un tratamiento) y, finalmente, mantenimiento posterior al cambio (cambio exitoso vs. recaída). En relación a lo comentado por su parte Prochaska y DiClemente (1986) argumentan que las conductas adictivas no son procesos continuos pero si siguen etapas de cambio comunes.

Por otro lado Tucker (1999) comenta que la controversia de los “bebedores problema” se centra en el tema de identificar que personas con problemas de consumo pueden moderar la manera en que beben alcohol sin tener más problemas, y qué personas deben de mantener una abstinencia de por vida. Y aunque los resultados que predicen la moderación y la abstinencia siguen siendo elusivos, la evidencia muestra claramente que la moderación es posible en muchos casos. Sin embargo a pesar de los tipos de meta de consumo y las orientaciones de tratamiento, se ha visto que los beneficios del tratamiento tienden a ser de corta duración para muchos sujetos con problemas de conducta adictiva, por lo que es importante seguir investigando y estableciendo las bases para desarrollar tratamientos que se adecuen a las necesidades particulares de las personas y de los medios socio-culturales en los que se desenvuelven.

En cuanto a los factores que potencializan el consumo riesgoso de alcohol Des Jarlais y Hubbard (2004) señalan que la meta de los esfuerzos para manejar el abuso de alcohol involucra identificar aquellas situaciones de riesgo e intervenir para prevenir y tratar el problema. La información sobre los factores de riesgo apunta a ayudar a prevenir, tratar y rehabilitar. Por otro lado, es verdad que las investigaciones se han movido para tratar de entender los mecanismos biológicos y psico-sociales que se presentan en el consumo abusivo de sustancias como el alcohol, pero una explicación simple no aparece en el panorama. Las investigaciones consideran los factores ambientales, genéticos, bajo nivel socio-económico, estatus de los padres, aislamiento social, pobres condiciones de vida, depresión, baja auto-estima y estrés.

Antes de continuar es importante mostrar cuales son las características primordiales de un “bebedor problema” y que lo diferencian de un individuo con dependencia leve, moderada o severa al alcohol.

De acuerdo con Sobell (2001) son las siguientes:

- ❖ El bebedor problema no tiene una historia de síntomas de abstinencia severos.
- ❖ Tienen una breve historia de problemas en su consumo de alcohol.
- ❖ Presentan mayor estabilidad y recursos.
- ❖ No se perciben así mismos como diferentes.
- ❖ El bebedor problema frecuentemente busca reducir su consumo más que dejarlo totalmente, irrespectivamente del consejo que se les de en el tratamiento.
- ❖ Mientras que a ellos les gustaría cambiar, los cambios involucran costo. Así que varios bebedores problema reconocen que tienen un problema, pero si los costos del cambio son

muy altos, ellos prefieren no cambiar (la ambivalencia como una característica de su proceso de cambio).

Por otro lado menciona que conceptualmente no se han fomentado las bases de tratamientos más concretos, ya que se considera que los bebedores problema pueden prescindir de los servicios no tradicionales y menos intensivos.

La situación en México de acuerdo a las investigaciones realizadas por Medina-Mora et al. (1989) señalan que como sucede en otros ámbitos de la atención en salud de nuestro país, en México no existen servicios de atención específicamente dirigidos a la población consumidora de alcohol (bebedores problema) que se caracterizan por consumir bebidas embriagantes de forma episódica pero explosiva, esto quiere decir que en ocasiones consumen altas cantidades de alcohol y que presentan algunos síntomas de dependencia al alcohol, y pueden encontrarse en riesgo de presentar problemas sociales y de salud, como consecuencia de su consumo.

Ayala (2001) comenta que en México, desde hace tiempo se ha tratado de estudiar el problema del alcohol, sin que los resultados sean del todo satisfactorios, ya que su aproximación ha sido muy tradicional y con insuficiente metodología.

Por lo anteriormente citado comentan Sobell y Sobell, (1993) que es necesario invertir esfuerzos importantes para desarrollar programas que se enfoquen en la prevención y el tratamiento, que puedan servir de base para diseñar e instrumentar acciones preventivas de tipo secundario. Debido a esto, en la ciudad de México en el año de 1992, se adaptó e instrumentó un programa de intervención breve para proporcionar tratamiento a bebedores con niveles bajo y medio de dependencia al alcohol y con una historia de problemas relacionados con su forma de consumo. La modalidad de intervención breve que se ensayó en la población mexicana surge de un modelo desarrollado originalmente en Canadá que se denomina Autocontrol Dirigido (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998). Este estudio se aplicó a una muestra de 177 sujetos, en el Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Este programa de tratamiento llamado Autocontrol Dirigido de acuerdo a Sobell y Sobell (1993) consiste en una intervención motivacional que ayuda al paciente a comprometerse a cambiar su conducta, a reorganizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol. La meta principal del tratamiento es ayudar al usuario a desarrollar una estrategia general de solución de problemas que le permita enfrentar cambios de manera exitosa en el estilo de vida o conducta.

Esta intervención se considera consistente con los principios de lo que se conoce como "Entrevista Motivacional" (Miller y Rollnick, 1991), la cual plantea cómo sus objetivos terapéuticos ayudar a los clientes a establecer metas, encontrar las razones para reducir o dejar de consumir alcohol, incrementar la motivación para lograr estas metas, identificar las situaciones en las cuales es más probable que beban en exceso y desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a esta situación.

Ayala (2001) señala que este programa de tratamiento está dirigido específicamente al segmento de la población de bebedores problema, para la cual son casi inexistentes los programas de prevención y tratamiento.

El tratamiento consta de cuatro sesiones programadas una vez por semana con duración de 45 minutos aproximadamente cada sesión. Las sesiones están bajo la responsabilidad de un psicoterapeuta capacitado en este programa de atención el cual aplicará el programa como está estructurado incorporando una serie de lecturas relacionadas con el proceso de cambio en la forma de consumir alcohol y en las tareas relacionadas con estas lecturas. Estas lecturas centran sus objetivos en ayudar al paciente a lograr: a) Decidir cambiar; b) Establecer una meta de consumo; c) Evaluar situaciones de alto riesgo para beber; y d) Enfrentar sus problemas con el alcohol.

Ayala et al. (1998) comentan que uno de los objetivos principales de este tratamiento es incrementar la confianza o auto-eficacia para controlar su consumo en aquellas situaciones de riesgo donde normalmente se presentaban los episodios de consumo excesivo.

Miller y Rollnick (1991) refieren que es importante mencionar que por su naturaleza y brevedad, estas intervenciones contienen poco o nada del adiestramiento en habilidades que es característico de los tratamientos cognitivos-conductuales tradicionales. Más bien, su carácter general se enfoca en elevar el nivel de conciencia sobre la problemática relacionada con el consumo excesivo de alcohol y en aconsejar un cambio. Se ha sugerido que el impacto principal de las intervenciones breves está en la motivación para el cambio y que una vez que se ha impactado esta motivación, el individuo puede cambiar su comportamiento con un mínimo de ayuda adicional.

Ayala et al. (1998) señalan que es importante reconocer que existen diversas estrategias y procedimientos de tratamientos potencialmente efectivos, por lo que la forma en que se aborda un caso particular debe determinarse con base en las características específicas del mismo. Por lo tanto, este programa de atención es una buena opción de tratamiento de primera vez. Es de bajo costo, mínimamente intrusivo y consistente con el mantenimiento o incremento de la autoestima del usuario. Las características de este programa de tratamiento, en términos de su brevedad, bajo costo y nivel de efectividad lo hacen particularmente apropiado para países cuyos recursos son limitados para establecer programas de atención especializada. Por lo tanto, a medida que la concepción profesional se oriente más a una perspectiva de salud pública, en problemas relacionados con el alcohol, las intervenciones breves, como la que se describe, ofrecen una alternativa apropiada y efectiva para instrumentarse como parte de los servicios de nivel de atención selectiva. Finalmente, es importante considerar que no todos los bebedores problema se adaptan bien a este programa de atención, por lo que es necesario continuar monitoreando el funcionamiento del usuario, después de la terminación de las cuatro sesiones formales del tratamiento, y que se proporcionen otros apoyos alternativos a aquellos que siguen teniendo problemas con su manera de beber.

Lo siguiente en este trabajo es presentar cual es el panorama mundial y nacional del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, con el objetivo de visualizar no solo donde se encuentra México en el ámbito mundial, sino qué se debe de hacer para intervenir

eficazmente en la población y evitar que este fenómeno se siga desarrollando, perjudicando poblaciones y naciones enteras.

III. ENCUESTAS MUNDIALES Y NACIONALES DE CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS

La OMS (2004) reporta que:

- ❖ 76.3 millones de personas alrededor del mundo han sido diagnosticadas con desórdenes en el uso de alcohol con diagnóstico de abuso y dependencia.
- ❖ Por lo menos 15.3 millones de personas han sido diagnosticadas con desórdenes en el uso de drogas por abuso y dependencia.
- ❖ El uso de drogas inyectadas fue reportado en 136 países; 93% de esos países reportaron infección de HIV alrededor de esta población.
- ❖ Por cada dólar invertido en el tratamiento de drogas, 7 dólares son ahorrados en salud y costos sociales.

La Secretaría de Salud (SSA) en conjunto con el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), reportan que la segunda causa de muerte en edad productiva en la población mexicana de entre 15 y 64 años de edad es por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (número de defunciones 17,516 gentes). Muchas de estas pueden haber sido generadas por consumo excesivo de alcohol. Esta causa de mortalidad se encuentra por encima de enfermedades isquémicas del corazón, accidentes de tráfico de vehículo de motor, y homicidios, que son la tercera, cuarta y quinta respectivamente. Por uso excesivo de alcohol específicamente hubo (3,080 defunciones), ubicándose en el décimo lugar, estando por encima de tumores malignos en distintas zonas del cuerpo y de enfermedades hipertensivas.

Siguiendo con los datos dicha encuesta, se menciona que en edad post-productiva (65 años o más) la cirrosis y enfermedades crónicas del hígado se encuentran en el quinto lugar con (8,356 defunciones), siendo muchas de estas causadas probablemente por consumo excesivo de alcohol a lo largo de su vida. Esta causa se encuentra por encima de defunciones causadas por enfermedades hipertensivas, infecciones respiratorias agudas bajas, tumores en traquea, bronquios, pulmón, próstata, estómago e hígado, entre otras.

En mujeres las causas de defunción por cirrosis hepática y enfermedades crónicas del hígado, ocupa el octavo lugar con (6,177 defunciones), por encima de tumores malignos en cuello de útero, mama, estómago, e hígado. En los hombres las causas de defunción por cirrosis hepática y enfermedades crónicas del hígado, ocupa el tercer lugar con (19,946 defunciones) por encima de enfermedad cardiovascular, afecciones originadas en el periodo perinatal, enfermedad obstructiva crónica, agresiones (homicidios), infecciones respiratorias agudas bajas, accidentes de vehículo de motor y nefritis y nefrosis que ocupan del cuarto al décimo lugar respectivamente (INEGI/SSA, 2002).

De acuerdo a la OMS (2004) en el año 2000 el alcohol consumido por personas de 15 años en adelante en México fue de 4.1 litros per cápita, como se muestra en la Tabla 1.

TABLA 1. Cantidad de consumo en litros por tipo de bebida

AÑO	TOTAL PER CAPITA LITROS	CERVEZA	DESTILADOS	COOLERS
2000	4.01	2.92	.30	.79

Estos datos se obtuvieron de estadísticas oficiales sobre la producción, venta, importación y exportación, tomando en cuenta las reservas cuando esto fue posible, se estimó la cantidad de etanol puro del total de alcohol. También se hace referencia en estos datos de que existe un consumo no registrado ya que el alcohol puede ser informalmente producido o hecho en casa, siendo lícito o ilícito, traficado o importado libre de impuestos lo cual debe ser considerado para tener una visión más real y cercana del consumo de alcohol. En México se estima que en el 2001 existió un 50% del total de alcohol no registrado que se consumió.

A continuación muestro algunos datos relevantes de la Encuesta Nacional de Adicciones que nos permiten observar el panorama epidemiológico de México.

IV. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES

Los datos que a continuación se van a presentar son el resultado de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada por el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) en conjunto con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y la Secretaría de Salud (SSA), (ENA, 2002).

TABACO

Datos importantes a resaltar es que de la población urbana masculina de 12 a 17 años fuma el 15.4% de los encuestados, mientras que en la femenina el 4.8%. De acuerdo a la edad de inicio el 43.8% de los hombres inició entre los 11 y 14 años de edad, mientras que las mujeres en el mismo rango de edad fueron el 47.7%. Del rango de los 15 a los 17 años de edad los varones comenzaron a consumir 46.1% y 52.3% las mujeres. En la Tabla 2 observamos en que porcentaje de la población se distribuye el consumo de tabaco tanto en el área urbana como rural, por género, así como el porcentaje de fumadores, no fumadores y ex-fumadores.

TABLA 2. Patrón de consumo en tabaco en hombres y mujeres

	Total Encuestado 12-65 años	Hombres	Mujeres	Fumadores	No fumadores	Ex fumadores
Urbano	52'867,532	23'715,545	29'171,987	26.4%	18.2%	55.4%
Rural	16'879,535	7'678,112	9'201,423	14.3%	15.0%	70.7%

Fuente: ENA 2002.

ALCOHOL

Alrededor de 32,315,760 personas entre 12 y 65 años consumen alcohol y cerca de trece millones más consumieron alcohol en el pasado aunque no bebieron en los 12 meses anteriores a la encuesta. Por otro lado 44.4% de la población urbana y 62% de la rural reportaron ser abstemios, es decir no consumieron alcohol en los 12 meses previos a la encuesta, 20% de la urbana y 10.3% de la rural reportaron ser ex bebedores.

Consumo Per Cápita Volumen Total de Etanol

Los adolescentes (3,522,427) entre 12 y 17 años consumieron una copa completa de alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan el 25% de la población en este grupo. La cantidad modal de consumo es de 1 a 2 copas en mujeres urbanas y hombres rurales, 3 a 4 copas en segundo lugar de frecuencia para toda la población y en hombres urbanos con la misma frecuencia de 5 a 7 copas por ocasión. El patrón de consumo poco frecuente (menos de una vez al mes) caracteriza a esta población. Los problemas más frecuentes que reportaron fueron problemas con la policía y por conducir autos mientras bebían, en total 281,907 adolescentes (2.1%) cumplieron con el criterio de dependencia del DSM-IV. El mayor índice se observó en hombres rurales. Como dato final la encuesta reporta un incremento del índice de consumo en adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en 2002 en los hombres, y de 18% a 25% respectivamente en mujeres. En la Tabla 3 observamos la cantidad de litros consumidos por edad en el último año, siendo los varones de 30 a 39 años los que consumen más litros de alcohol.

TABLA 3. Consumo de alcohol en la población mexicana entre hombres y mujeres por grupos de edad.

Hombres y Mujeres 12-65 años	Población urbana 18-65 años	Población rural adulta 18-65 años	Varones	Varones urbanos mayor índice de consumo 30-39 años	Mujeres urbanas Mayor índice de consumo 40-49 años
2.79 litros	3.484 litros	7.129 litros	2.728 litros	8.339 litros	0.148 litros

Fuente: ENA 2002

Consumo de alcohol por zonas

Los datos de la población adulta que reportó haber bebido en los 12 meses previos a la encuesta se muestra en la Tabla 4. La cantidad modal de consumo en mujeres fue de 1 o 2 copas por ocasión, en hombres urbanos es de 3 a 4 copas, y en hombres rurales de 5 a 7 copas. La mayor cantidad de consumo de alcohol se concentra en la población urbana masculina, seguida de la urbana femenina. Los problemas más frecuentes en hombres urbanos y rurales fueron iniciar discusión y peleas con la esposa mientras bebían, en segundo lugar problemas con la policía.

TABLA 4. Consumo de alcohol realizado por población adulta por zonas en México

Población urbana masculina (35%)	Población urbana femenina (25%)	Población rural masculina (18%)	Población rural femenina (9.9%)
1,726,518	1,252,712	357,775	185,422

Fuente: ENA 2002

Finalmente los patrones característicos de los varones urbanos son el consumo mensual de 5 o más copas por ocasión, lo cual implica el 16.9 % de esta población y el consuetudinario que es de 5 o más copas una vez por semana (12.4%), en tanto que entre las mujeres es más

frecuente el consumo mensual con menos de 5 copas por ocasión (4.8%). En la Tabla 5 se muestra el patrón de consumo de alcohol en las poblaciones masculinas y femeninas en la población urbana y rural.

TABLA 5. Patrón de consumo en el último año.

Población urbana masculina (72.2%)	Población urbana femenina (42.7%)	Población rural masculina (18.9%)	Población rural femenina (9.9%)
13,581,107	10,314,325	357,775	185,422

Fuente: ENA 2002.

Tabla 6 muestra el porcentaje de dependencia al alcohol en hombres y mujeres en población urbana y rural, observando las diferencias que prevalecen tanto por región como por sexo.

TABLA 6. Patrón de consumo en el último año.

Dependencia Hombres		Dependencia Mujeres	
Urbana	Rural	Urbana	Rural
9.3%	10.5%	0.7%	0.4%

Fuente: ENA 2002.

OTRAS DROGAS

En este rubro los datos a destacar son que la población rural y urbana que usó alguna vez en la vida drogas, que mostró un porcentaje más alto de consumo son mujeres y hombres ubicados en las edades de 18 a 34 años con el 2.81% y 11.52% respectivamente. Durante esta encuesta se observó que a nivel mundial México ocupa el índice más bajo en consumo de marihuana, pero no así en el de cocaína donde se ubica por encima de Europa del Este, África y Asia, pero por debajo de Sudamérica, Estados Unidos y Canadá. En la tabla 6 se observa como se ha dado el consumo de drogas en hombres y mujeres en las zonas urbana y rural

TABLA 7. Consumo de drogas por sexo y por zona.

Consumo por sexo		Ha usado drogas	
Hombres	Mujeres	Urbana (5.57%)	Rural (3.34%)
8.59%	2.11%	2.9 millones	563,242

Fuente: ENA 2002

Prevalencia de uso de drogas

Los datos mencionados nos brindan una muestra del comportamiento que está teniendo la población en cada una de las sustancias. Se observa el tipo de droga que están consumiendo los sujetos y la frecuencia con que lo realizan. En la Tabla 7 se puede observar el tipo de sustancias consumidas por frecuencia a lo largo de la vida del individuo. Esto permite a los especialistas observar como se modifica la preferencia en el consumo de drogas. También permite establecer estrategias con programas de atención preventiva y selectiva, indicada y específica.

TABLA 8. Consumo por tipo de drogas y por frecuencia.

	Uso alguna vez en la vida	Uso en el último año	Uso en el último mes
Mariguana	3.48	0.60	0.31
Inhalables	0.45	0.08	0.08
Alucinógenos	0.25	0.01	0.01
Cocaína y derivados	1.23	0.35	0.19
Heroína	0.09	0.01	
Estimulantes tipo anfetamínico	0.08	0.04	0.01

Fuente: ENA 2002

Una vez que se han mostrado una serie de datos epidemiológicos acerca del comportamiento de consumo de tabaco, alcohol y drogas en México, menciono a continuación las teorías bajo las cuales se sustenta el programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema.

V. TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

La Teoría del Aprendizaje desarrollada por Bandura (1977) menciona que a diferencia de los modelos de enfermedad que únicamente consideran la presencia o ausencia de enfermedad, en la cual se visualiza que hay una progresión constante e inevitable hacia el alcoholismo, esta teoría postula que la conducta humana es aprendida, más que determinada por factores genéticos, siendo ésta producto de la interacción de factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos. Esta teoría considera que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, influyendo esto en el aprendizaje de determinadas conductas, y así mismo se pueden desaprender aquellas conductas que imposibilitan el desarrollo positivo del individuo.

De acuerdo con Abrams y Niaura (1987) esta teoría sitúa a los comportamientos adictivos en una categoría de conductas inadecuadas, que se adquieren y se mantienen mediante el modelamiento, el reforzamiento social, los efectos anticipados del alcohol, la experiencia directa de los efectos del alcohol como recompensa y castigo, y la dependencia física. A lo anterior Bandura (1986) comenta que estos comportamientos están sujetos a cambio de acuerdo a los principios de la teoría del aprendizaje social.

Frances (1998) refiere que la teoría del Aprendizaje Social ha sido utilizada para explicar el abuso de sustancias. Esta teoría sugiere básicamente que las personas aprenden a convertirse en abusadores de sustancias debido tanto a fuerzas sociales como a definiciones internalizadas de apoyo sobre la conducta delincuente, la influencia de amigos delincuentes, la presencia de poderosos reforzadores sociales, y la ausencia de castigos sociales adecuados.

Akers, Krohn, Lanza-Kaduce y Radosevich (1979) creen que el aprendizaje toma lugar al realizar “asociaciones diferenciales”. Este énfasis sobre contactos interpersonales es conductual (asociación directa e indirecta con gente que se involucra en varios tipos de conductas legales e ilegales) y actitudinal (conocen las creencias normativas y orientaciones de estas personas). Las asociaciones sirven como fuentes de ambos, los reforzadores y los castigos. Aquellos que ocurren con mayor frecuencia, y en mayor número, y que gozan de mayores probabilidades de ser reforzados tienden a guiar al individuo en su conducta.

Wilson (1987) comenta que el aprendizaje vicario es una forma robusta de aprendizaje cognitivo que es sustancial en el desarrollo de la conducta social, incluyendo el consumo de alcohol.

En un estudio realizado por Winfree, Vigil, Backstrom y Mays (1995) se reportó que los individuos tendían a realizar un mayor número de conductas ilegales de manera grupal que de manera individual, o las realizaban de manera individual, pero motivados y respaldados por su grupo de pares.

La Teoría del Aprendizaje Social del abuso de alcohol propuesta por Abrams y Niaura (1987) considera que algunos individuos abusan del alcohol debido a la falta, o la creencia

de falta de capacidad para enfrentar efectivamente situaciones sin el consumo del mismo. El consumo de alcohol además, es mantenido por las altas expectativas que poseen los individuos en relación a los efectos positivos que genera el consumo (p. ej. reducción de la ansiedad social) y de sus bajas expectativas en relación a las consecuencias negativas producidas por el consumo (p. ej. deterioro conductual).

Bandura (1977) afirma que de acuerdo a la Teoría del Aprendizaje Social el aprendizaje de las conductas requiere de cuatro pasos que son adquisición, retención, ejecución y consecuencias de la conducta, que las personas copian la conducta que se adecua más a su estilo de vida y a su estado emocional, por lo que el modelamiento de los padres, el reforzamiento positivo de los amigos y compañeros, y la imitación por reacción defensiva ante los problemas de convivencia producidos por el consumo de sustancias de los padres, pueden ser factores importantes en el desarrollo del alcoholismo. La teoría del Aprendizaje Social conceptualiza el cambio de conducta como el producto de tres dominios que interactúan y se transforman mutuamente, que son el conductual, el cognitivo y el ambiental. En el caso del alcohol, los factores conductuales tales como la experiencia previa en el uso del alcohol por parte del sujeto, y una habilidad para enfrentar con el uso de la sustancia en situaciones de alto riesgo. Los factores cognitivos incluyen aquellos que dan forma a la auto-eficacia relacionada con el alcohol y las expectativas de los resultados. Los factores medioambientales incluyen situaciones e influencias externas hacia los individuos que afectan los factores cognitivos y conductuales relacionados con el alcohol.

Ayala y Cárdenas (1996) al retomar los conceptos de la Teoría del Aprendizaje Social mantienen que las conductas adictivas se adquieren con base en el aprendizaje de patrones de conducta maladaptativos. Y agregan que al considerar el comportamiento adictivo como patrones de hábito adquiridos, presuponen que estos pueden ser modificados a través de nuevas situaciones de aprendizaje. Esta visión alternativa implica, en términos terapéuticos, que los individuos que presentan tales comportamientos pueden aprender a cambiar y aceptar una responsabilidad personal de su recuperación. Al definir la recuperación como una tarea de aprendizaje, es posible re-conceptualizar el proceso de cambio conductual que ocurre con el tratamiento así como su mantenimiento a través del tiempo.

Por otro lado Ayala y Carrascoza (2000) proponen que un cuidadoso análisis del comportamiento inadecuado puede llevar a un plan de tratamiento que se centra en modificar las respuestas del usuario a su medio ambiente enfatizando la responsabilidad que tiene éste en la elección de nuevas conductas, entrenándolo en:

- ❖ Habilidades sociales y de competencia.
- ❖ Manejo de la ira o el enojo.
- ❖ Búsqueda de nuevas alternativas de afrontamiento.
- ❖ Reconocimiento anticipado de las consecuencias de la conducta, que permita la elección de la conducta más adecuada.
- ❖ Manejo y establecimiento de metas.
- ❖ Desarrollo de capacidades de autorregulación y auto-evaluación que permitan reflexionar a cerca de las conductas, pensamientos e ideas propias.

❖ Entrenamiento en habilidades de auto-eficacia, que permitan al individuo afrontar una situación específica influyendo directamente en el desarrollo y mantenimiento de la conducta.

White (1996) comenta sobre los estudios realizados por Ron Akers y Gang Lee aplicando la Teoría del Aprendizaje Social en adolescentes fumadores de tabaco. Mencionan que fumar puede ser visto como una forma de abuso de sustancias, debido a la adicción que se genera a la nicotina. Sin embargo la conducta se lleva a cabo debido a que se ponen en marcha mecanismos primarios a través de los cuales la conducta es aprendida. Tales mecanismos son: a) Asociación diferencial (interacción con otros); b) Reforzamiento diferencial (aprendizaje instrumental a través de recompensas y castigos); c) Imitación (aprendizaje observacional); y c) Definiciones (actitudes). Agregan que la conducta desviada se presenta cuando ha sido diferencialmente reforzada sobre conductas alternativas y es definida como deseable. Así que, el uso de drogas es una conducta influida socialmente la cual es adquirida y mantenida a través de un proceso de aprendizaje.

Jones y McMahon (1996) mencionan otro aspecto involucrado dentro de la Teoría del Aprendizaje Social, son las expectativas positivas hacia el consumo de alcohol que representan la motivación para beber y las expectativas negativas, y la motivación a restringirse. También es reconocido que la evaluación subjetiva de las expectativas debe de moderar su impacto, aunque la evidencia para ésta, en los bebedores sociales ha sido problemática.

Collins y Marlatt (1983) señalan que la Teoría del Aprendizaje Social en el campo de las adicciones se diferencia de las teorías tradicionales desarrolladas en este ámbito por que estas últimas solo presentan un enfoque de enfermedad médica, haciendo énfasis en la farmacología de las propiedades psicológicas del alcohol y sus efectos. Por su parte Ayala y Carrascoza (2000) comentan que el objetivo principal de la teorías biológicas es considerar que al consumir una sustancia hay un proceso químico incontrolable donde el sujeto adicto es considerado como una víctima de la enfermedad y los agentes químicos.

Rohsenow (1983) menciona que los patrones de consumo se aprenden dentro de un contexto general de socialización, por lo que las diferentes etapas vitales del desarrollo como la infancia, adolescencia y adultez se encuentra que las creencias que tienen las personas acerca del uso y abuso de alcohol, difieren de acuerdo a los cambios que se observan en las fuerzas de socialización.

Beattie, Longabaugh y Elliot (1993) indican que la Teoría del Aprendizaje Social sustenta que la familia y amistades pueden influir tanto en el inicio como en el mantenimiento de las conductas de beber en los jóvenes, al afectar en forma general las actitudes, los estándares y valores hacia el alcohol, así como también al modelar la conducta de beber dentro de contextos sociales.

Ayala y Carrascoza (2000) refieren que se ha visto que existen factores que predisponen a los individuos a consumir en exceso. Estos pueden ser de naturaleza biológica, sociológica, o psicológica. Así mismo, pueden ser de naturaleza genética o aprendida. Dichos factores interactúan con variables situacionales y sociales e influyen en el consumo inicial del

alcohol. Los factores genéticos y farmacológicos pueden incrementar el riesgo de abuso de alcohol en individuos vulnerables. Los factores psicosociales incluyen déficit o excesos en las habilidades, como incompetencia social o dificultad para manejar las emociones negativas. La ausencia de modelos de consumo moderado o la presencia de modelos de consumo excesivo pueden también resultar de alto riesgo de abuso en el consumo. Agregan que las experiencias directas con el alcohol son variables muy importantes, que la persona al consumirlo obtiene beneficios como el reducir la tensión que le causa la interacción social. De esta forma el alcohol actúa como un reforzador negativo, porque elimina un elemento desagradable del sujeto y al facilitar el contacto social, el alcohol actúa como un reforzador positivo teniendo la facultad de elevar el grado de aparición de la conducta que refuerza.

Mello (1975) señala que el consumo de alcohol puede ser utilizado como una forma de afrontar a corto plazo las demandas de la situación estresante, o aligerar las consecuencias aversivas, por lo que es altamente probable que esta conducta se siga presentando, en especial en aquellas personas con capacidades de afrontamiento disminuidas, es decir, en personas que tienen un déficit de sus habilidades sociales. Los efectos básicos del alcohol explican como puede elegirse, tanto para reducir estados negativos, como para incrementar estados de afecto positivo. En estos casos, diversos factores bioquímicos interactúan con factores psicológicos para producir ciertos resultados específicos.

Por su parte Cooney, Baker y Pomerleau (1983) señalan que una demanda medioambiental da como resultado una necesidad o urgencia de consumir alcohol, ya que en el periodo de abstinencia la persona encuentra señales o estímulos que han sido asociados con el consumo de alcohol, y estos disparan una necesidad de consumo que es una respuesta condicionada por los estímulos medioambientales; esta respuesta condicionada provocará en el individuo una búsqueda de alivio a través del uso de alcohol, lo que eventualmente propiciará un fenómeno de pérdida de control.

Ayala y Carrascoza (2000) mencionan que la dependencia física al alcohol y el síndrome de abstinencia también pueden explicarse como fenómenos que surgen a través de procesos de condicionamiento operante, las señales medioambientales del olor o la presencia de alcohol en sí misma, provocaran una necesidad adicional de ingerir más alcohol, como un entremés lo produce con la comida. También comentan que en el abuso del alcohol existen una serie de consecuencias negativas a largo plazo que se empiezan a hacer presentes. Entre estas encontramos problemas familiares, problemas sociales, y medioambientales. Podemos mencionar que los problemas más comunes que empiezan a formar parte de la vida de los individuos por un exceso en el consumo de alcohol son pérdida de empleo, separación familiar, mal humor, agresión, aislamiento social, además de iniciarse un deterioro de la salud, pudiendo manifestarse una serie de síntomas físicos. El individuo con un consumo excesivo de alcohol empieza a estar aislado y con muy pocas alternativas para enfrentar los problemas, por lo que la tensión aumenta. Generalmente hay pérdida de apoyo social, la persona pierde su auto-eficacia y la capacidad de afrontamiento efectivo. De esta manera se inicia un círculo vicioso, ya que el individuo se ve así mismo poco capaz de enfrentar su problemática, por lo que para disminuir su ansiedad ingiere más alcohol, a mayor consumo aumentan los conflictos, y así en forma sucesiva.

VI. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

Longabaugh y Morgenstern (1999) señalan que los orígenes de la Teoría Cognitivo-conductual se encuentran en una rama de la psicología académica que se enfoca en entender como ocurre el aprendizaje humano. Este acercamiento ve cualquier tipo de psicopatología, incluyendo la dependencia al alcohol, como un proceso de aprendizaje mal adaptado. De acuerdo a lo anterior, la meta central de las aproximaciones cognitivo-conductuales, las cuales hay para diversos desórdenes psiquiátricos, es el de diseñar técnicas, a través de las cuales las respuestas mal adaptadas puedan ser "desaprendidas" y remplazadas por respuestas adaptadas.

Oie y Jackson (1980) comentan que los primeros estudios reportados muestran que los pacientes alcohólicos que fueron atendidos con una terapia cognitivo-conductual, se les pudo enseñar a reducir o eliminar su consumo excesivo de alcohol, a diferencia de otros pacientes que no fueron atendidos con este enfoque terapéutico. Por su parte Miller et al. (1995) han desarrollado y aplicado durante 25 años aproximadamente intervenciones de tipo cognitivo-conductual para atender la dependencia al alcohol.

Hester y Miller (1984, 1995) mencionan que los tratamientos cognitivo-conductuales en alcoholismo se han convertido en la elección principal en los círculos académicos y hospitales. Sin embargo fuera de estos lugares los tratamientos que prevalecen son el Modelo Minnesota para tratamiento de alcoholismo, el cual se basa en la filosofía de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos. La efectividad de este último tratamiento no ha sido documentada en estudios controlados.

Al respecto Ayala et al. (1998) comentan que la concepción que sustenta la aproximación cognitivo-conductual difiere en forma importante de las concepciones tradicionales del alcoholismo, ya que se considera que las conductas adictivas representan una categoría de "hábitos mal adaptativos", tales como el fumar, usar drogas, beber y comer en exceso, y apostar compulsivamente. Tales conductas se consideran hábitos sobre aprendidos que pueden ser analizados y modificados de manera similar a la de otros hábitos. Sin embargo no se desecha que el involucrarse continuamente en conductas adictivas, puede llevar a consecuencias negativas de orden físico (obesidad, cirrosis, cáncer pulmonar, etc.). Por otro lado, el hecho de que una enfermedad sea el producto de un ciclo de conductas adictivas de larga duración, no implica en sí que este comportamiento sea una enfermedad o que sea causado por un desorden fisiológico. Así mismo Ouimette, Finney y Moos (1997) apoyan lo mencionado sobre la efectividad que demuestra este tipo de tratamientos en comparación con el de 12 pasos.

Longabauh y Morgenstern (1999) afirman que los tratamientos cognitivo-conductuales proponen el desarrollo de habilidades de afrontamiento, donde se considera que las deficiencias para enfrentar el estrés cotidiano y los estímulos relacionados con el alcohol son factores que intervienen en el consumo problemático. Las técnicas más empleadas que desarrollan ese enfoque son la instrucción, modelamiento, el juego de roles y el reforzamiento conductual.

Miller y Mastria (1977) señalan que el modelo cognitivo-conductual para el tratamiento del alcoholismo se enfoca en los factores que precipitan y sostienen esta conducta. Los antecedentes son todos aquellos eventos que ocurren antes del consumo y que brindan la situación ideal para ello o inician una cadena de conductas que culminan con la ingesta excesiva de alcohol. Es importante considerar que para cada individuo los detonantes son distintos, ya que pueden ser sociales, tales como problemas interpersonales, presiones de las amistades; ambientales, tales como la publicidad u observar a otros beber; emocionales, como son el enojo y la depresión; cognitivos, tales como pensamientos negativos a cerca de uno mismo; y fisiológicos, como son un dolor crónico o los síntomas generados por el retiro de la sustancia. Por lo que el enfoque cognitivo-conductual visualiza un tratamiento basado en la identificación de los antecedentes más potentes y comunes para cada cliente y así poder interrumpir la conexión con la conducta de consumo, entrenando al cliente a responder a las situaciones que enfrenta día a día con nuevas formas de afrontamiento.

Para Kazdin (1982) la aproximación cognitivo-conductual en el consumo excesivo de alcohol es una conducta aprendida, y esto ha llevado a considerar la aplicación de métodos de tratamiento clínicos basados en el aprendizaje. Tales técnicas clínicas incluyen entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas, intervenciones de pareja y familia, y desarrollo de redes de apoyo comunitario.

Por su parte Monti et al. (2002) mencionan que la teoría cognitivo-conductual visualiza la dependencia al alcohol como una manera mal adaptada de enfrentar los problemas cotidianos de la vida. Desde este punto de vista el beber alcohol se convierte en una secuencia de conductas aprendidas y adquiridas de la misma forma como son aprendidas otras tantas conductas en la vida, como son a través de: imitación de modelos, como resultado de una experiencia positiva debido a los efectos causados por el alcohol (por ejemplo reduciendo la ansiedad, aliviando el dolor o aumentando la sociabilidad), o basado en expectativas de que el alcohol generará uno o más de estos efectos.

Miller y Mastria (1977) consideran que son varias las consecuencias positivas que refuerzan la conducta de consumo excesivo de alcohol. Los antecedentes, y las consecuencias que son agrupadas dentro de varias categorías: sociales como son el aprecio de las amistades; emocionales, tales como disminución de la ansiedad o aumento de expresiones emocionales; cognitivas, como aumento de pensamientos positivos de si mismo; y fisiológicas, como disminución del dolor o eliminación de los síntomas del retiro de la sustancia.

Miller y Hester (1989) comentan que después de repetidas experiencias con resultados positivos en la ingesta de alcohol, algunos individuos comienzan a delegar en el consumo de alcohol la manera preferida de enfrentar los problemas o lidiar con situaciones determinadas, esto se debe especialmente a que los efectos provocados por el alcohol son sentidos de forma muy rápida, y requieren relativamente muy poco esfuerzo por parte del consumidor. De acuerdo con la teoría cognitivo-conductual estos patrones aprendidos de consumo pueden ser alterados a través de la aplicación de intervenciones de modificación de la conducta y del pensamiento de manera combinada, lo cual puede ayudar a la gente a lograr y mantener un nivel de sobriedad.

Morgenstern y Longabaugh (2000, 2001) consideran que la terapia cognitivo-conductual es uno de los tratamientos psicoterapéuticos más efectivos para atender problemas de dependencia al alcohol. Aunque también comentan que investigadores de la Escuela de Medicina del Monte Sinai y la Universidad de Brown han observado que los mecanismos de eficacia con los que funciona esta terapia no han sido elucidados a través de investigación empírica. Teóricamente los cambios conductuales generados por esta terapia registran deficiencias en las habilidades de los usuarios que después se ven notablemente mejoradas, aumentando las habilidades de los pacientes para enfrentar situaciones estresantes y/o relacionadas con el consumo de alcohol. El autor concluye que aunque la terapia cognitivo-conductual es en sí misma efectiva para el tratamiento de la dependencia al alcohol, existe poca evidencia empírica que apoye como lo hace.

Por otro lado Kadden (1994) comenta que la teoría cognitivo-conductual propone una explicación del alcoholismo, como una conducta aprendida que puede ser cambiada utilizando las mismas intervenciones de modificación de la conducta que se emplean para alterar otras conductas aprendidas. En este sentido el tipo de tratamientos empleados enseñan a los clientes las habilidades necesarias para afrontar o evitar de manera efectiva las situaciones cotidianas con las cuales tienen que lidiar cada día.

En el tratamiento para la dependencia de alcohol con corte cognitivo-conductual Morgenstern y Longabaugh (2000) comentan que este tipo de intervenciones han diferido tanto en el tiempo de duración, modalidad (grupo, individual, pareja), contenido (mínimo y amplio espectro), lugar de tratamiento (internamiento y cuidado externo), además de que el entrenamiento en habilidades de enfrentamiento ha sido combinado con otro tipo de técnicas terapéuticas (p. ej. terapia marital y farmacoterapia).

A pesar de las diferencias en los tratamientos cognitivo-conductuales para la dependencia al alcohol, estas terapias comparten dos elementos principales que son: 1) utilizan los principios de la teoría social-cognitiva de (Bandura, 1986) y para la aplicación en alcohol (Marlatt y Gordon, 1985; Abrams y Niaura, 1987) postulan un rol central para el enfrentamiento con elementos cognitivos y conductuales. Las deficiencias en la capacidad de enfrentamiento de las situaciones estresoras en la vida en general y el papel del alcohol en particular, sirven para mantener un consumo excesivo, llevando a una renuncia a intentar dejar de beber. 2) todas las modalidades de corte cognitivo-conductual emplean alguna forma de entrenamiento en habilidades de enfrentamiento para poder detectar deficiencias en las áreas cognitivas y conductuales.

Morgenstern y Longabaugh (2000) agregan que este tipo de terapias utilizan un grupo de técnicas que enseñan habilidades de enfrentamiento que incluyen la identificación específica de la situación cuando ocurre una forma de enfrentamiento inadecuada, y el uso de instrucciones, modelamiento, juego de roles y refuerzo conductual. Estas técnicas basadas en el desempeño son designadas no solamente para promover el aumento en las habilidades de enfrentamiento cognitivas y conductuales, sino también para facilitar la exposición progresiva ante situaciones estresoras y lograr una adaptación adecuada.

Miller et al. (1995) señalan que las terapias cognitivo-conductuales son clasificadas como uno de los tratamientos con un espectro muy amplio. Este tipo de acercamientos se enfocan

principalmente no solo en el no consumo de alcohol per se, sino que también consideran las áreas de vida que se relacionan de manera funcional con el consumo y la recaída. Se asume que frecuentemente los problemas de consumo de alcohol aumentan y continúan debido a que los individuos no le dan la importancia necesaria a las habilidades de afrontamiento para establecer una vida de sobriedad o consumo moderado no problemático.

Miller y Hester (1989) comentan también que es importante considerar que uno de los principales obstáculos a los que se han enfrentado los tratamientos cognitivo-conductuales es la inhabilidad del cliente para implementar los cambios especificados en el plan de tratamiento debido a las deficiencias en su conducta. Ya sea que los clientes nunca hayan adquirido las conductas o habilidades apropiadas de afrontamiento, o, haberlas aprendido en algún momento, y no saber de que forma ponerlas en práctica. Por lo que independientemente de cuales sean las razones, las deficiencias conductuales son consideradas como un obstáculo importante en el proceso de recuperación del alcoholismo.

A lo anteriormente mencionado Kadden (1994) dice que para los clientes que presentan estas deficiencias, es necesario enseñar las suficientes conductas que les permitan poner en práctica las habilidades de afrontamiento, reducir cualquier factor inhibitorio que quizá prevenga su uso, y proveer práctica continua de las nuevas conductas aprendidas para evitar caer en los antiguos patrones de comportamiento. Por ello es importante entender qué motiva a la gente a beber de manera excesiva. Esto implica conocer sus conductas, cogniciones, patrones y percepciones con respecto al consumo de alcohol y a ellos mismos. La psicología cognitivo-conductual incorpora todos estos elementos, expandiendo las bases de la teoría conductual tradicional, más allá de un enfoque exclusivamente observador de conductas, considerando también pensamientos y emociones. Ahora bien, es necesario comentar que aunque este enfoque ha ampliado el alcance de la teoría conductual con estos elementos sigue empleando varias técnicas conductuales que ayudan a los usuarios que presentan problemas psicológicos para cambiar.

Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis (1991) señalan que las intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento del consumo de alcohol han demostrado de forma constante su efectividad en la reducción del consumo de la sustancia en ensayos aleatorios en ensayos clínicos. Por ejemplo, el entrenamiento en habilidades sociales ha venido a ser como un tipo de tratamiento que fortalece estos estudios como una evidencia más para el tratamiento en la dependencia del alcohol.

Se observó, en un estudio realizado por Chaney, O'Leary y Marlatt (1978) que el entrenamiento en habilidades mostró ser más efectivo que cuando solo se aplicaban discusiones de grupo. En otro estudio realizado por Monti et al. (1990) observaron que el entrenamiento en habilidades de comunicación mostró ser más efectivo que el manejo del estado de ánimo para reducir el consumo de alcohol por día.

Morgenstern y Longabaugh (2000) mencionan que una fuerte base teórica, obtención de datos verificables en la disminución del consumo, así como evidencia de otras alternativas de tratamiento que no han sido tan efectivas, han llevado a los tratamientos cognitivo-conductuales a ser el paradigma dominante para el tratamiento de la dependencia al alcohol dentro de la comunidad investigadora. Por su parte estudios hechos por Carroll et al.

(1994), Stevens y Hollis, (1989), Sylvain, Ladouceur y Boisvert (1997), han comprobado que el modelo cognitivo-conductual también ha sido desarrollado y probado en el tratamiento de otras conductas adictivas, tales como el uso excesivo de drogas, tabaco y juego por nombrar algunos.

Gorski y Miller (1982) señalan que hoy día otro tipo de aproximaciones teóricas o tratamientos como son el caso de los psico-dinámicos y los de 12 pasos respectivamente han reconocido y aceptado el aporte tan importante y efectivo que han proporcionado los tratamientos cognitivo-conductuales, y han propuesto métodos para incorporar técnicas de esta última a sus modelos de tratamiento.

Miller et al. (1995) mencionan que es importante identificar de forma específica los mecanismos de acción que son considerados claves para mejorar la efectividad de los tratamientos cognitivo-conductuales; ya que mientras las técnicas de estos tratamientos son ubicadas como uno de los dos tratamientos que aportan más evidencia en su efectividad, aún así son considerados modestos los resultados en los tratamientos de pacientes con dependencia al alcohol.

Morgenstern y Longabaugh, (2000) comentan que la generalización de los descubrimientos que han logrado las investigaciones en la práctica clínica presuponen un conocimiento de que elementos son importantes, con el objetivo de establecer los diferentes niveles de estandarización de la intervención. Es importante considerar que los tratamientos cognitivo-conductuales actualmente proporcionan técnicas de enfrentamiento que permiten mejorar los logros de los usuarios, permitiendo con esto dar el apoyo empírico necesario para fundamentar dichas prácticas.

Baron y Kenny (1986) proponen que para que se establezca un apoyo completo en los mecanismos de acción utilizados en el tratamiento se requieren cuatro pasos

- ❖ El tratamiento experimental debe reducir los síntomas más que el tratamiento alternativo.
- ❖ El tratamiento experimental debe de proveer cambios en el mediador hipotetizado más que el tratamiento alternativo.
- ❖ El mediador hipotetizado debe covariar con el cambio del síntoma.
- ❖ La inclusión del mediador hipotetizado debe de reducir el efecto del tratamiento sobre el cambio del síntoma.

Koski-Jannes (1994) refieren que en cuanto a los elementos cognitivo-conductuales que deben ser considerados dentro del ámbito de consumo excesivo de alcohol son las atribuciones causales sobre la recaída y la abstinencia, auto-eficacia en el consumo de alcohol y el locus de control en el consumo, así como formas de enfrentamiento y abstinencia o en el caso de este trabajo consumo moderado.

Al respecto Saarmann, Daugherty y Riegel (2002) en un estudio de intervención breve cognitivo-conductual realizado a un grupo de enfermeras que trabajaban atendiendo a pacientes con cáncer y con problemas cardíacos detectaron que los elementos más efectivos fueron:

- 1) Asesoría en conductas de riesgo
 - ❖ Asesorar sobre la percepción de la susceptibilidad hacia la enfermedad.
 - ❖ Identificar los riesgos en relación a la enfermedad.

- 2) Educar sobre las necesidades y los beneficios del cambio
 - ❖ Enfocarse sobre los beneficios del cambio de conducta.

- 3) Motivar usando mensajes personalizados
 - ❖ Asistir clarificando los valores, enfatizando sobre eventos futuros positivos.
 - ❖ Explorar conflictos o falta de disposición hacia el cambio.
 - ❖ Ayudar al individuo a visualizarse después de que el cambio haya ocurrido.
 - ❖ Ayudar a visualizar los cambios conductuales positivamente.
 - ❖ Ayudar a establecer prioridades.

- 4) Asesorar y promover el aumento de la auto-eficacia
 - ❖ Asistir al individuo para sentirse capaz y creer que puede desarrollar nuevas conductas.

- 5) Decrementar las barreras hacia el cambio
 - ❖ Discutir intentos pasados para cambiar su conducta
 - ❖ Asistir para sobreponerse a las barreras cotidianas o esperadas.
 - ❖ Proveer de una guía que anticipe las posibles barreras.
 - ❖ Promover ser realista sobre el cambio.

- 6) Modificar la conducta
 - ❖ Establecer metas concretas y específicas de palabra y de conducta.
 - ❖ Monitorear la conducta y los sentimientos asociados al cambio.
 - ❖ Manipular el ambiente y las señales personales asociadas con la conducta de riesgo.
 - ❖ Evitar pensamientos negativos presentes y futuros.
 - ❖ Reducir la ansiedad asociada con el comienzo de nuevas conductas.
 - ❖ Identificar grupos de gente con intereses similares.

- 7) Mantener la conducta de cambio
 - ❖ Monitorear el progreso inicial.
 - ❖ Monitorear la transición hacia la meta.
 - ❖ Estar al pendiente de los posibles obstáculos y contrariedades que se opongan a las metas propuestas.
 - ❖ Sugerir apoyos comunitarios.

Los mismos autores sugirieron las siguientes indicaciones basándose en los siete puntos arriba mencionados para establecer una interacción positiva y sólida entre enfermera y pacientes, como se observa en las Tablas 9 y 10.

TABLA 9. Técnicas de intervención de tipo cognitivo-conductual.

Asesoría en conductas de riesgo	Educar sobre las necesidades y los beneficios del cambio	Motivar usando mensajes personalizados	Asesorar y promover el aumento de la auto-eficacia usando logros pasados, experiencias vicarias, persuasión verbal o estados psicológicos
<p>¿Que oportunidad crees tener de presentar otro problema similar en un futuro próximo?</p> <p>¿Qué sería lo peor de tener otra situación así?</p> <p>Lo que te escucho decir es lo que temes de "X".</p>	<p>Existen ciertas cosas que podrías hacer para evitar tener otro evento similar y los problemas asociados con aquello a lo tu le temes.</p>	<p>¿Qué eventos esperas con gusto?</p> <p>Trabajar con aquellos pacientes que están considerando cambiar Piensa por ti mismo (mejorar tus relaciones familiares, bajar de peso, estar sobrio) ¿cómo te sentirías al respecto?</p> <p>Escribe las razones que me has dado para querer cambiar y colócalas en un lugar donde las puedas ver cuando tu entusiasmo mengüe.</p> <p>Existen varias cosas que ayudan a hacer la diferencia en tu salud. ¿Qué cambios ves como los más difíciles de lograr? ¿El más fácil? ¿Por donde te gustaría comenzar?</p>	<p>Logros pasados: ¿Has dejado de beber anteriormente?</p> <p>Experiencias Vicarias: ¿Has conocido a alguien que haya dejado de beber y se ha mantenido?</p> <p>Persuasión Verbal: Si fuiste capaz de terminar la escuela mientras tus hijos eran pequeños, entonces también tienes la fuerza para dejar de beber.</p> <p>Estado Psicológico: Cuando comenzaste a hacer ejercicio primero te dolió la cabeza y te faltó la respiración. Escribe esas sensaciones y refiérete a ellas una semana después para ver cual ha sido tu progreso.</p>

TABLA 10. Formas de intervención para fomentar el cambio.

Decrementar las barreras hacia el cambio enfocándose en el progreso consistente y gradual	Modificar la conducta	Mantener la conducta de cambio
<p>Cuéntame sobre tu último intento. ¿Qué te provocó hacerlo de nuevo?</p> <p>Me has dicho que "XX" es lo que te ha mantenido antes de manera exitosa. Hablemos a cerca de las tácticas que has aplicado cuando eso sucede.</p> <p>Has pensado acerca de cómo lo habrías manejado si... ¿Cómo responderías a eso? Nadie sigue un plan perfecto. Lo importante es regresar al punto inicial rápidamente cuando has recaído.</p>	<p>¿Cuál es tu meta? ¿Qué piensas que de manera realista puedes llevar a cabo?</p> <p>Puede ser muy útil llevar un diario.</p> <p>Asistir para desarrollar actividades e intereses que apoyen el cambio.</p> <p>Encuentra la manera de alejar tu atención de los pensamientos negativos o estés preocupado por el futuro. Algunas gentes amarran una banda a su muñeca que dice "puedo hacerlo" para recordarles dejar de pensar negativamente.</p> <p>Enseñar habilidades de afrontamiento, relajación, respiración profunda, etc.</p> <p>Algunas gentes les funciona bien asistir a grupos de apoyo como algo paralelo a su tratamiento.</p>	<p>Me gustaría seguir ayudándote para que logres exitosamente lo que te propones. ¿Qué tal si lo platicamos la siguiente semana?</p> <p>Lo estás haciendo muy bien. ¿Qué tal si te contacto de nuevo en un mes?</p> <p>Probablemente hay ocasiones en las que quieres retirarte del programa. Pero eso es normal.</p> <p>Proveer de una lista de fuentes de apoyo comunitarios.</p>

Como podemos observar estos investigadores proporcionan una serie de herramientas fundamentales para la salud física y que a muchos usuarios les puede ser de ayuda en su proceso de recuperación.

Vielva e Iraurgi (2003) reportan un estudio realizado en centros de salud mental en Vizcaya España en el 2001, se encontró que cuando los sujetos ponen en práctica algunas variables cognitivas para enfrentarse a su dependencia al alcohol, como es el caso de la auto-eficacia presentan una mayor confianza para resistirse a beber, no importando que tipo de situaciones riesgosas enfrenten, así mismo mostraron más disposición a la abstinencia después de 6 meses. Así que la expectativa de auto-eficacia se asocia con un éxito en el tratamiento. Otro elemento importante que se encontró en el estudio, como factor predictor de evitar recaídas, es presentar un periodo previo de abstinencia, ya que se observó que se relaciona con la confianza en los auto-juicios, manteniendo a los sujetos dentro de la meta de no consumo. Este estudio, comentan sus autores, confirmó las expectativas acerca de las habilidades desarrolladas por lo sujetos para desempeñar de manera exitosa las conductas necesarias para controlar y manejar adecuadamente las conductas mal adaptadas. Un tratamiento efectivo, quizá por lo tanto, debe de enfocarse en aumentar la creencia del cliente de que solamente ellos pueden desempeñar adecuadamente las conductas requeridas para enfrentar exitosamente el consumo.

Bandura (1997) comenta que estos elementos fortalecen la decisión del individuo de no consumir reforzando sus objetivos cada vez que se ven sometidos a una prueba y salen airoso de esta. Además sugiere que la auto-confianza se desarrolla a través de interacciones positivas sean estas ambientales o personales. Dichas experiencias contribuyen de manera externa a solidificar aspectos internos del sujeto y viceversa. El éxito obtenido de manera repetida aumenta la percepción de eficacia para desempeñar la actividad, que en este caso es la negativa al consumo, sea total o moderada, al mismo tiempo que la posibilidad de tener un resbalón o recaída disminuye potencialmente. Por tanto, un individuo que ha sido capaz de mantener su meta mostrará un mayor nivel de auto-eficacia que aquellas personas que no han tenido los mismos resultados para lograr su meta.

Ahora procederé a describir los tipos de intervención. A quien van dirigidas, diferenciar cual es el abuso y el uso moderado, los factores que se involucran para que una intervención tenga resultados efectivos como son la motivación, las expectativas del cambio, el manejo de la recaída.

VII. TIPOS DE INTERVENCIÓN

Des Jarlais y Hubbard (2004) señalan que los tratamientos para consumo excesivo de alcohol y otras drogas de una forma u otra han sido utilizados desde principios del siglo XX. Sin embargo, no fue sino hasta finales de los años 60's e inicios de los 70's que los tratamientos en el abuso de sustancias adictivas se convirtió en parte del sistema de atención de salud pública en Estados Unidos y otros países desarrollados. Un amplio número de programas han sido diseñados para conocer las necesidades de los consumidores de sustancias incluyendo comunidades terapéuticas de residencia prolongada, servicios externos, y servicios de internamiento de corta duración. Los clientes seleccionan y son seleccionados para diferentes modalidades de tratamiento basados en el tipo de droga de consumo, la severidad de los problemas relacionados, y los recursos para pagar por el servicio.

Ayala (2001) menciona que a lo largo de muchos años la atención para tratar los problemas del consumo de alcohol se han centrado en las secuelas médicas de los pacientes con síntomas de dependencia, mientras se ha dedicado escasa atención a los programas de intervención breve. Mucha gente que consume alcohol de forma riesgosa no busca tratamiento para sus problemas de consumo. Además, este tipo de problemas no son debidamente detectados en los hospitales ni en la práctica médica, a pesar de que los pacientes utilizan con regularidad los servicios de salud. La alternativa a estas dos aproximaciones es la prevención indicada que incluye la identificación temprana de personas que pueden estar bebiendo "con riesgo" pero que aún no han manifestado síntomas de dependencia leve o moderada. Los lugares donde pueden realizarse este tipo de prevención son en los centros de atención universal, escuelas, agencias de servicio social o centros de trabajo.

Edwards (1986) señala que es importante mencionar que independientemente del tipo de tratamiento corto, largo, psicoterapéutico y/o médico, los tratamientos deben considerar realizar una evaluación del caso, determinar las metas terapéuticas, la continuidad del propósito del tratamiento, el equilibrio entre el tratamiento y el ambiente externo, la atención a otras áreas problema diferentes al alcoholismo, el trabajo multidisciplinario, involucrar en el tratamiento a la familia del usuario, y la separación gradual de la relación terapéutica.

También se debe considerar que el empleo de un método en particular depende de la meta terapéutica, sea abstinencia o moderación en el consumo; siendo la primera compartida por el National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) (2000) y Alcohólicos Anónimos quienes visualizan este fenómeno como una enfermedad y la segunda postura apoyada por las teorías del aprendizaje como la postulada por Bandura (1986).

Wallace, Cutler y Haines (1988), Carroll y Rousanville (1992) señalan que una estrategia a seguir, es desarrollar un modelo de atención que especifique claramente las metas y roles que el personal de salud debe tener en la intervención temprana. El impacto de estas estrategias de intervención temprana es considerable, ya que como mencionan, que si todos los médicos del Reino Unido participaran en esta estrategia de prevención clínica, por lo menos el 15% de los pacientes reducirían su consumo de excesivo a moderado.

Ayala (2001), Longabaugh, Wirtz, Zweben y Stout (1998) refieren que la intervención temprana en problemas de alcohol, fue el objetivo central de varias investigaciones realizadas durante la década de los ochenta. Los hallazgos mostraron que ciertas estrategias tales como un consejo breve por parte del médico u otro profesional de la salud, pueden ser efectivas en la reducción del consumo de alcohol entre la población que consume excesivamente sin presentar síntomas de dependencia. La prevención indicada de los problemas relacionados al consumo de alcohol incluye modelos basados en el autocontrol. Estos tratamientos buscan desarrollar en los sujetos una visión objetiva en relación a su consumo, se les enseña a ver lo que hacen y no lo que ellos son. Esta postura los libera de culpas y actitudes defensivas que perjudican su percepción del problema. En lugar de ver al cliente como víctima pasiva, se favorece su participación activa, fomentando la responsabilidad que este tiene para con su tratamiento.

Sobell y Sobell (1999) mencionan, que otro aspecto importante en los tratamientos que es de suma importancia en el campo del alcoholismo, es el uso de las intervenciones motivacionales. Ya que si un sujeto no se compromete en el cambio de su conducta, entonces la intervención debe visualizar primero la motivación antes de enfocarse en los procedimientos a seguir para cambiar la conducta. Por otro lado, dicen que los resultados deben ser determinados empíricamente. Si el resultado es negativo, se deben de involucrar más elementos (p. ej. sesiones adicionales y procedimientos que impliquen proporcionar más herramientas de afrontamiento al estrés, etc). Si el cliente continúa sin mostrar mucho avance, se deben considerar los aspectos motivacionales, las creencias que tiene acerca de que tipo de tratamiento considera sería más benéfico.

VIII. TERAPIAS BREVES COGNITIVO-CONDUCTUALES

Escámez (1997) citado en (León, 1999) menciona que el enfoque propiamente conductual afirma que el alcoholismo es el resultado de conductas aprendidas gracias a la presencia de reforzamientos condicionados y/o a los efectos gratificantes del alcohol, que pueden ser los cambios psicológicos placenteros, la supresión subjetiva del estrés y la posibilidad de vivenciar experiencias distintas agradables. De acuerdo con el enfoque del aprendizaje operante, el alcoholismo y la adicción a otras drogas, se caracterizan por lo siguiente: a) las sustancias actúan como reforzadores positivos, b) su uso frecuente produce tolerancia y/o habituación, c) la interrupción del consumo por un periodo prolongado se asocia con el síndrome de abstinencia, y d) el consumo prolongado agrava enfermedades o las provoca.

Carroll (1996) señala que los elementos comunes que manejan los terapeutas en las terapias breves cognitivo-conductuales son:

- ❖ El terapeuta se enfoca en el problema en cuestión.
- ❖ El terapeuta establece metas asequibles.
- ❖ Busca obtener resultados rápidos para los problemas que más lo necesitan.
- ❖ Se apoyan en una variedad de técnicas basadas empíricamente para aumentar las habilidades del cliente para manejar por sí mismos sus propios problemas.

Las terapias cognitivo-conductuales se enfocan en el aprendizaje y práctica de una variedad amplia en habilidades de afrontamiento. Se enfocan más en las cogniciones, creencias y expectativas.

Los ingredientes claves que componen una terapia cognitivo-conductual son:

- ❖ Un análisis funcional del abuso de la sustancia.
- ❖ Entrenamiento individualizado en el reconocimiento y afrontamiento del “craving” o deseo, manejo de pensamientos acerca del abuso de la sustancia, resolución de problemas, planeación para emergencias, reconocimiento de decisiones aparentemente irrelevantes y utilización de habilidades de rehusarse al consumo.

- ❖ Una evaluación de los procesos cognitivos del cliente relacionados con el abuso de la sustancia.
- ❖ Identificación de situaciones de alto riesgo pasadas y futuras.
- ❖ Motivar y revisar la implementación de habilidades extra sesión.
- ❖ Práctica de habilidades dentro de las sesiones.

Kadden (1994) señala que las terapias cognitivo-conductuales utilizan diversos elementos de entrenamiento en habilidades intra-personales e inter-personales, estos se muestran en la Tabla 11.

TABLA 11. Técnicas para evitar tener consumo riesgoso de alcohol.

Habilidades Intra-personales	Habilidades Inter-personales
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Manejo de pensamientos acerca del abuso de sustancias. ❖ Resolución de problemas. ❖ Toma de decisiones. ❖ Entrenamiento en relajación y manejo de estrés. ❖ Volverse precavido sobre sentimientos de enojo. ❖ Manejo del enojo. ❖ Volverse precavido sobre pensamientos negativos. ❖ Manejar pensamientos negativos. ❖ Aumentar actividades placenteras. ❖ Planear para emergencias. ❖ Enfrentamiento con problemas persistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rehusar ofertas a beber o usar drogas. ❖ Comenzar conversaciones. ❖ Utilizar lenguaje corporal. ❖ Dar y recibir cumplidos. ❖ Entrenamiento asertivo. ❖ Rehusar propuestas. ❖ Comunicar emociones. ❖ Comunicación en relaciones íntimas. ❖ Dar y recibir críticas. ❖ Recibir críticas acerca del abuso de sustancias. ❖ Aumentar redes de apoyo social.

IX. INTERVENCIONES BREVES Y TERAPIAS BREVES

La OMS (2003) menciona que la Intervención Breve es una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo excesivo de alcohol (drogas) que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles problemas. Esta intervención está dirigida a individuos que no han desarrollado dependencia severa. Por tanto, la intervención breve es una aproximación proactiva que inicia el profesional de la salud más que el usuario y que no involucra juicios del especialista. Afirma que las intervenciones psicosociales y farmacológicas han probado ser alternativas costo-efectivas para los individuos con dependencia a las sustancias psicoactivas que se encuentran en prisión o que no están en tratamiento. Mientras que las intervenciones breves han probado ser costo-efectivas y con

una aproximación simple para aquellos sujetos con problemas iniciales relacionados con el consumo de alcohol.

Barry (1999) menciona en que se diferencian las intervenciones de las terapias. En las primeras, su objetivo es motivar al cliente a desarrollar una acción en particular (p. ej. entrar a tratamiento, cambiar de conducta, pensar de diferente manera una situación), mientras que las terapias se utilizan para aspectos tales como (alterar la personalidad, mantener la abstinencia, o problemas de mayor duración que exacerban el abuso de sustancias), la duración de las sesiones puede ser de 5 minutos para la intervención, hasta varias sesiones (un promedio de seis) de una hora en la terapia. Las intervenciones breves se pueden dar en un lugar físicamente no tan estructurado, como lo puede ser un pasillo, y la terapia breve requiere de un lugar específico; la intervención puede ser dada por un amplio grupo de profesionales, pero la terapia requiere de un entrenamiento en modalidades terapéuticas específicas.

Por otro lado, Miller y Rollnick (1992) mencionan que diversos investigadores incluyéndolo a él, han observado que las intervenciones relativamente breves de una a tres sesiones son comparables en el impacto a tratamientos más extensos para los problemas de alcoholismo. Añade que otras investigaciones recientes han demostrado que las intervenciones breves son sustancialmente más efectivas que no aplicar ningún tratamiento a la hora de modificar los problemas de alcoholismo. Ya que parece que un consejo breve puede tener un impacto importante, y quienes lo reciben obtienen una mayor mejoría que aquellos que no lo tienen. Parece que el impacto primario de las intervenciones breves es de tipo motivacional. Sus efectos, creemos, consisten en iniciar una toma de decisión y un compromiso para el cambio.

Barry (1999) comenta que las intervenciones breves, en espacios tradicionales, usualmente involucran asesorías más profundas acerca de los patrones de consumo, a diferencia de las intervenciones en espacios no tradicionales; y tienden a examinar otros aspectos de las actitudes de los usuarios, tales como la disponibilidad o resistencia al cambio. La intervención breve se enfoca en el problema y promueve que el usuario pueda considerar un tratamiento más específico en dado caso que así lo requiera; además de buscar reducir el daño para evitar que el usuario acceda a niveles de consumo más severos. La intervención breve es útil para promover y motivar el cambio del cliente tratando de moverlo de una etapa a otra, es decir, si se encuentra en la etapa de pre-contemplación moverlo a contemplación, y si está en contemplación moverlo a la etapa de determinación- acción. Además menciona que la terapia breve se considera para aquellas personas que están buscando o ya se encuentran en un tratamiento por abuso de sustancias. En este momento el individuo presenta un reconocimiento o preocupación por su nivel de consumo y los problemas que le ha ocasionado. La terapia en sí misma es dirigida por el cliente; el cliente identifica el problema, y el clínico utiliza las fortalezas del cliente para desarrollar soluciones. Las terapias breves se consideran más apropiadas para aquellos consumidores que abusan del consumo. Las metas de una terapia breve en el abuso de sustancias son buscar el remedio específico de algunas disfunciones psicológicas, sociales y/o familiares; se enfoca en las situaciones y estresores presentes más que en antecedentes históricos. Las intervenciones deben apuntar hacia la etapa de disposición de cambio en la que se encuentra el cliente, para aumentar su motivación para cambiar conductas y aumentar el

sentido de empoderamiento de la recuperación. También será esencial que el cliente aprenda a percibir los obstáculos para comprometerse al tratamiento, así como identificar cualquier creencia disfuncional que pudiera sabotear el proceso de compromiso. Las terapias breves son más efectivas con aquellos clientes que presentan problemas de corta duración, y que poseen aún fuertes lazos familiares, laborales, y sociales. Esto es muy importante para considerar su ingreso al tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema, ya que esto permite fortalecer los resultados que se buscan obtener en el tratamiento.

Ayala y Cárdenas (1996) comentan que la meta general de estas intervenciones es aumentar en el cliente su nivel de conciencia sobre su problema y respecto a las opciones que tiene sobre su comportamiento, a la vez que desarrollar sus habilidades de afrontamiento y sus capacidades de auto-control para que de forma general desarrolle un sentido más grande de confianza, maestría y auto-eficacia sobre su vida.

Miller y Rollnick (1992) comentan que los ingredientes que deben de tener las intervenciones y terapias breves son:

- ❖ Retroalimentación sobre los riesgos personales y el deterioro posible por continuar con ese patrón de consumo.
- ❖ Responsabilidad. Enfatizar sobre la responsabilidad sobre su propio cambio.
- ❖ Aconsejar detener el consumo si está indicado debido a problemas físicos presentes causados por el consumo.
- ❖ Brindar un menú alternativo de opciones para cambiar sus patrones de consumo
- ❖ Entrevista empática.
- ❖ Auto-eficacia: Un estilo de entrevista que aumente este elemento.

Para concluir con este tema (Barry, 1999) considera que las terapias breves son útiles para usarse con un amplio número de técnicas; y en el caso del tratamiento de abuso de sustancias, es frecuentemente útil, pero no debe ser considerada como un estándar en el cuidado de todas las personas o poblaciones.

León (1999) señala que las intervenciones que se han realizado en México bajo el modelo cognitivo-conductual, entre otras se encuentran la de Quiroga, Sánchez, y Barrera quienes presentaron un programa de intervención de conductas adictivas (alcoholismo, tabaquismo y drogadicción) para la población estudiantil y trabajadora de la U.N.A.M., llamado Modelo de Prevención, Orientación y Tratamiento de Conductas Adictivas. Este programa incluye técnicas (que pueden combinarse entre sí) de autocontrol conductual, relajación, sensibilización encubierta asistida y entrenamiento en habilidades sociales. El proceso puede presentar diversas secuencias que incluyen una línea base (donde se realiza la evaluación del individuo), la implementación de técnicas conductuales, la generalización y el mantenimiento. Así mismo plantean la necesidad de incluir sesiones de consejo psicológico a los familiares de los usuarios, así como un programa preventivo de las adicciones. Otro programa de intervención importante es el de Ayala et al. (1998) quienes implementaron un programa de tratamiento de autocontrol dirigido, con un enfoque cognitivo-conductual, de intervención breve, que incorpora cuatro estrategias de intervención: análisis funcional de antecedentes y consecuentes del consumo excesivo de

alcohol, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, uso óptimo de redes y recursos sociales y, la prevención de recaídas. Los resultados iniciales muestran que el 81% de los usuarios eligieron como meta de tratamiento la moderación en el consumo, mientras que el 19% eligió la abstinencia al inicio del tratamiento; en la fase final, el 83% seleccionó la moderación, el 17% la abstinencia; al inicio del tratamiento los usuarios reportaron un 62% de días de abstinencia durante los 12 meses anteriores al tratamiento y un 74% de días de abstinencia durante el tratamiento; el patrón de consumo disminuyó considerablemente a lo largo del tratamiento, al igual que el consumo excesivo (más de 10 copas por ocasión del consumo). Los autores concluyen que el programa de tratamiento es efectivo en el control del consumo de bebidas alcohólicas, de manera similar a los resultados obtenidos en otros países, lo que muestra un adecuado nivel de generalización y adaptabilidad transcultural del programa de intervención.

Miller y Sovereign (1989) señalan que entre los estudios realizados por Miller, Marlatt y Edwards en los años setenta, se desarrolló uno donde se utilizó biblioterapia en forma de un manual de autoayuda, cuyos resultados mostraron que el uso de materiales de apoyo podría ser tan efectivo como una intervención más compleja.

Ayala et al. (1998) mencionan que en las dos últimas décadas se han desarrollado y evaluado una serie de alternativas de intervenciones breves para bebedores con dependencia baja y media, que han mostrado resultados importantes y que constituyen en la actualidad el fundamento para las acciones de prevención secundaria de esta problemática. Estas intervenciones breves no son solamente otro tipo de tratamiento para los problemas relacionados con el uso del alcohol, sino que presentan una nueva perspectiva para afrontar esta problemática y una nueva serie de principios que subyacen en la intervención.

Ayala (2001) afirma que a partir de estos trabajos los investigadores comenzaron a desarrollar variadas formas de intervención, utilizando diferentes maneras de transmitir la información como: material escrito, consejo, auto-monitoreo, etc. Los resultados sugerían que las intervenciones sencillas, de bajo costo, basadas en los materiales mencionados, podían ser una alternativa adecuada para tratar a personas que bebían en exceso.

Babor y Grant (1992) informan que la Organización Mundial de la Salud apoyó un proyecto para evaluar una intervención breve en diez países, con culturas y sistemas de salud diferentes. La meta era determinar si la intervención breve podía demostrar una reducción en los niveles de consumo de alcohol, así como una reducción en los efectos en la salud, asociados con el consumo excesivo de alcohol; un total de 1,655 sujetos participaron (1,336 hombre, y 299 mujeres). En el diseño central del grupo experimental tuvo una entrevista en la que se hablaba de la salud y de los efectos negativos que el abuso de bebidas alcohólicas tiene en ella. La sesión duraba 20 minutos y se hizo un seguimiento a los 6 meses, obteniendo resultados significativos en la reducción del consumo de alcohol y una reducción en la frecuencia del consumo, promoviendo un cambio en los sujetos en dirección a decidir consumir de forma moderada.

Chafetz (1968b) señala que se han descrito intervenciones breves tan sencillas como un simple consejo. Un ejemplo es cuando después de una emergencia, un técnico especializado realiza una entrevista breve, con un bebedor excesivo, para evaluar y discutir la forma de

consumir alcohol, con el cual se aplica la empatía y el consejo no confrontativo al paciente; al que también hay que transmitirle interés y respeto. En esta investigación un 35% fue ubicado en el grupo control, 65% recibió consejo breve, los sujetos fueron elegidos de forma aleatoria, subsecuentemente se designó a un especialista en tratamientos. Los resultados mostraron un decremento en el consumo de alcohol.

Koumans y Muller (1965) mencionan que otras estrategias simples han sido efectivas para incrementar el deseo de regresar al tratamiento para dejar de consumir alcohol. Una carta del consejero expresando preocupación por su conducta de consumo mostró que un 51% de los sujetos regresó al tratamiento mientras a los que no se les envió la carta, solo regresó un 31%.

En otras investigaciones tales como las de Panepinto y Higgins (1969), Intagliata (1976), Sobell y Sobell (1980) hallaron efectos positivos al enviar cartas o hacer llamadas telefónicas a los clientes, logrando un aumento considerable para que regresaran al tratamiento.

Christiansen y Goldman (1983) informan que diversas investigaciones, a lo largo del mundo han mostrado que cuando los sujetos reciben apoyo en forma de consejos, llamadas o cartas por parte de los especialistas han disminuido considerablemente su consumo además de ser constantes en el tratamiento.

Miller y Rollnick (1991) desarrollaron una intervención breve conocida como "la lista de chequeo del bebedor", basada en una retroalimentación sistemática de los resultados, dada a los usuarios a partir de su evaluación. En el primer experimento se registró una significativa reducción del consumo entre 28 bebedores problema quienes contestaron la lista de chequeo del bebedor. Seis semanas después aplicaron de nuevo la lista de chequeo y se encontró una reducción del 29%, mostrando la efectividad de esta intervención breve.

En otro estudio Miller, Benefield y Tonigan (1993) informan que los hallazgos mencionados por Miller y Rollnick (1991) fueron replicados en una segunda prueba aleatoria, con 42 bebedores problema y se encontró una reducción del 57% en el consumo, el cual se mantuvo después de un año de seguimiento.

Por lo que se puede afirmar a partir de los resultados obtenidos en estas intervenciones que hay una serie de herramientas que se pueden aplicar. Por lo que Miller (1985) considera que los elementos comunes de una intervención breve efectiva son:

- ❖ Retroalimentación sobre los riesgos que se corren; este conocimiento puede producir un gran impacto para lograr resultados efectivos.
- ❖ Hacer énfasis en la responsabilidad personal que tiene el cliente o usuario por su forma de beber, y que el cambio es una decisión personal.
- ❖ El consejo debe de ser claro y enfático, puede ser hablado o en forma escrita.

- ❖ Tener varias alternativas para el cambio, aprovechar las fuentes de recursos personales del cliente para lograr reducir su forma de beber.
- ❖ El estilo del terapeuta debe de ser empático, hay claras evidencias de cómo el estilo terapéutico afecta los resultados de una intervención breve.
- ❖ Finalmente se ha encontrado que la conciencia de ser eficaz, logra en los clientes una percepción de optimismo y poder, que ayuda para que se pueda dar el cambio.
- ❖ Se restringe a un máximo de 4 sesiones en las que se proporciona consejo y apoyo para motivar a la persona a un cambio en su conducta de consumo de alcohol.

X. A QUIEN SE DIRIGEN LAS INTERVENCIONES BREVES

Ayala (2001) señala que un concepto importante desarrollado en el campo del estudio del alcohol en los últimos años, es reconocer que la mayoría de los problemas relacionados con abuso ocurre en personas que no son alcohólicas (Institute of Medicine, 1991). Muchas de las personas que sufren accidentes, problemas de salud o dificultades familiares, relacionados con el consumo de alcohol son bebedores problema y que no cumplen los criterios relativos al alcoholismo.

Investigaciones clínicas han demostrado la eficacia de un consejo breve de parte del médico, a efecto de reducir el consumo de alcohol y los problemas asociados (Bien et al. 1993). El contacto que el médico puede hacer a través del tiempo con un paciente y su familia, lo sitúa en una posición única para intervenir y apoyar los cambios conductuales necesarios para reducir las consecuencias del consumo.

Para determinar qué cantidad de alcohol es considerada peligrosa y de esta forma realizar una intervención adecuada previniendo futuras consecuencias, el National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2000) ha desarrollado la siguiente definición: 1 copa estándar por ocasión para la mujer y 2 por ocasión para el hombre. En otros países, donde el consumo no es diario, se recomienda no tomar más de 2 a 4 copas estándar por ocasión. Ya que se ha observado que hay un efecto protector para el problema de isquemia hasta con 3 copas por ocasión. Lo que si se recomienda es no excederse de 4 copas estándar por ocasión, no más de tres veces a la semana con el fin de prevenir problemas de hígado y corazón (Ayala, 2001; Roth y Fonagy, 1996).

Es necesario puntualizar que de acuerdo a lo que comentan Des Jarlais y Hubbard (2004) no existe aún ninguna medida oficial aceptada que diga que es uso, abuso y dependencia. Desde un punto de vista epidemiológico, la frecuencia del uso y el total número de veces que se ha consumido en la vida son frecuentemente las medidas. Ahora bien el abuso se refiere a los niveles de uso que presentan en un corto tiempo consecuencias sociales o personales agudas. Por otro lado el diagnóstico psiquiátrico de la dependencia requiere de evidencia sobre un periodo extenso en el tiempo.

En cuanto a las intervenciones breves realizadas en nuestro país con respecto al consumo de alcohol nos encontramos con una aplicación de una intervención de corte cognitivo-conductual aplicado en la ciudad de México, que es el Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema que 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. Los resultados encontrados muestran que el consumo excesivo de alcohol en los sujetos a los que se les aplicó el tratamiento se modificó hacia un patrón de consumo moderado, el cual se observa que se mantuvo en el seguimiento realizado a los 6 y 12 meses de haber concluido el tratamiento. Este cambio se vio acompañado de una reducción de los problemas asociados al consumo de alcohol y un incremento en la confianza situacional para controlar episodios de consumo excesivo (Ayala et al., 1998).

Apoyando la eficacia de los seguimientos dentro de un plan de tratamiento, Rosenberg (2002) comenta que las medidas continuas de los predictores, a lo largo de una asesoría constante de su consumo es importante, ya que también permitirá a los investigadores evaluar los cambios de los factores psicológicos, fisiológicos, y ambientales que contribuyen a mantener logros estables sobre un consumo moderado a lo largo del tiempo.

Sobell (2001) considera que las características clave de una intervención breve diseñada para bebedores problema son:

- ❖ Primero, que el tratamiento debe de ser de consulta externa.
- ❖ Segundo, el tratamiento debe ser breve. Las intervenciones breves, algunas veces a pesar de involucrar un solo contacto, han mostrado ser tan efectivas con los bebedores problema como los tratamientos más intensivos.
- ❖ Tercero, la efectividad de las intervenciones breves sugiere que las habilidades de entrenamiento no son necesarias para todos (as) los usuarios, o incluso para la mayoría de los bebedores problema.
- ❖ Cuarto, basados en numerosos datos empíricos, la flexibilidad de la meta para los bebedores problema parece imperativo por dos razones. Primero, la insistencia sobre la abstinencia no sería inapelable, pero quizá no tenga efecto de todas maneras. Segundo, la flexibilidad de la meta es consistente con una intervención motivacional, ya que permite al cliente dirigir su propio tratamiento.

En relación a lo anterior, estos elementos tendrán un impacto favorable dependiendo de la etapa de cambio en la que acuda el usuario y como vaya percibiendo que va progresando en el logro de su meta.

XI. EL CONSUMO DE ALCOHOL

CANTIDAD Y FRECUENCIA

La tipología cantidad y frecuencia del consumo usual durante el año pasado, ha sido previamente desarrollada para su uso en varios estudios (Cherpitel, 1988). La frecuencia en el consumo fue definida como bajo (menos de una vez al mes), moderado (al menos una vez al mes pero menos de tres veces a la semana), y alto (por lo menos tres veces a la semana). La cantidad fue definida como baja (nunca cinco tragos por ocasión), moderado (al menos cinco tragos pero menos de doce tragos por ocasión), y alta (al menos 12 tragos por ocasión). Seis categorías fueron desarrolladas basadas en esta tipología: (1) abstinencia (no ha bebido en el último año), (2) infrecuente (baja frecuencia/baja cantidad), (3) leve (baja frecuencia/cantidad moderada o alta), (4) moderado (moderada o alta frecuencia/baja cantidad), (5) alto (moderada o alta frecuencia/moderada cantidad o moderada frecuencia/alta cantidad), (6) excesivo (alta frecuencia/alta cantidad). Se observa que estas categorías son altas para lo que se estipula en México, pero las presento para tener un referente de lo que se plantea en otros lugares.

En cuanto a lo que estipula el criterio para diagnosticar dependencia al alcohol durante el último año de acuerdo al DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico, 4ta. Edición, American Psychiatric Association, 1994) es obtener un registro positivo en tres de los seis dominios (tolerancia, síntomas de abstinencia psicológica o física, uso continuo a pesar de los problemas, ansiedad, deseo, deterioro de la capacidad para el control, falta de interés).

DEPENDENCIA Y ABUSO

La OMS (2003) define la dependencia a las sustancias como un desorden crónico y con recaídas conductuales, causadas por el uso fuerte repetido y frecuentemente prolongado de sustancias psicocativas. Se caracteriza por el uso continuo de estas sustancias a pesar de los problemas físicos y mentales, un fuerte deseo de consumir la sustancia, tener dificultad para controlar el uso, darle prioridad a la búsqueda y consumo por encima de otras actividades e intereses, presentar aumento de la tolerancia y algunas veces síntomas de abstinencia una vez que la droga ha sido abruptamente retirada. También argumenta que la dependencia no es el resultado de la falta de voluntad o de debilidad moral. Frecuentemente la abstinencia total no puede lograrse fácilmente, por lo que el tratamiento debe de incluir formas efectivas de decrementar la morbilidad y mortalidad relacionadas con el uso de la sustancia, y aumentar la calidad de vida del paciente hasta que pueda lograr una meta para liberarse de la sustancia.

Por su parte, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su tercera versión (DSM-III) (1988) y en su cuarta versión (DSM-IV) (1994), menciona que el síndrome de dependencia incluye síntomas de tolerancia y abstinencia, y que impacta en una serie de síntomas en las áreas cognitivas, conductuales y fisiológicas. El manual menciona que para que se diagnostique dependencia deben de presentarse en el sujeto al menos tres de los siguientes elementos:

- 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes puntos:
 - a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia, para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto en las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes puntos:
 - a) el síndrome característico para la sustancia.
 - b) se toma la misma sustancia o una muy parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar e interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia, o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- 7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia. (DSM-IV, 1994).

Por otro lado, el DSM-IV define el abuso de sustancias como un patrón mal adaptado que lleva a tener un daño o un deterioro clínicamente significativo, que puede manifestarse por el consumo recurrente que provoca inhabilidad para cumplir con sus obligaciones, consumo continuo en situaciones físicamente peligrosas, reducción en actividades importantes debido al consumo y/o problemas legales o interpersonales relacionados con el alcohol.

En el DSM-III (1988) se afirma que existen tres patrones principales de abuso o de dependencia al alcohol: 1) consiste en el consumo regular y diario de grandes cantidades; 2) el consumo abundante limitado regularmente a fines de semana; y 3) largos periodos de sobriedad entremezclados con periodos de embriaguez diaria a raíz de consumir grandes cantidades de alcohol durante semanas o meses. En referencia a esta información Medina-Mora (1993) ha encontrado diversos patrones de consumo, por lo que considera necesario utilizar todas las formas que se presentan de consumo y no se encuadre al alcoholismo en solo uno de los patrones específicos.

Actualmente se reconoce el hecho de que no toda la población que bebe en exceso presenta necesariamente síntomas de dependencia, más bien se ha observado que los problemas en el consumo de alcohol se presenta un amplio rango de consecuencias de carácter médico, psicológico y social (Sobell y Sobell, 1993).

La ENA (2002) muestra los datos epidemiológicos obtenidos a través de encuestas de hogares, señalan que el alcohol no provoca problemas a la mayoría de la población adulta en México, aproximadamente el 42% de la población de 18 a 65 años de edad o más son abstemios, el 27% son bebedores ocasionales, y otro 24% o más son bebedores de moderados a fuertes.

Skinner (1990) ha observado que dicha distribución es consistente en diferentes poblaciones, y señala que existe una variación considerable en los niveles y estilos de consumo, de acuerdo a la ubicación geográfica, antecedentes raciales y étnicos, el nivel socioeconómico y el sexo.

Se estima que en México la proporción de bebedores considerados como dependientes al alcohol es del 8%. Por otro lado se observa que hay dos sub-poblaciones que tienen problemas en su consumo que van de leves a moderados y como se ha visto esta población no muestra síntomas crónicos de dependencia al alcohol. Se caracterizan porque pueden beber episódicamente (por ejemplo en fin de semana) en niveles que los colocan en un riesgo mayor para adquirir problemas de salud asociados al consumo. Además, pueden haber presentado en el pasado consecuencias sociales o psicológicas debido a esta forma de beber (Ayala, 2001).

Apoyando lo arriba mencionado con respecto a los niveles de consumo y en relación al tema que aquí se toca, específicamente con respecto a los consumidores explosivos, y que se pueden considerar como bebedores problema, pero que aún no muestran signos de dependencia severa, se ha considerado dentro de los tratamientos al consumo de alcohol lo que se llama beber de manera controlada. Al respecto Heather y Robertson (2001) definen al beber de manera controlada y a pesar de las variaciones de estas definiciones coinciden en considerar un límite en la cantidad y frecuencia del consumo (p. ej. un máximo de tres oz. de alcohol por día) y la condición de que los resultados del consumo no muestran signos de dependencia (p. ej. síntomas de abstinencia), ni problemas sociales, legales o de salud.

Algunos investigadores han incluido a uno o a ambos de las siguientes definiciones de bebedor controlado: (a) beber no termina en una intoxicación, y (b) las experiencias de beber proporcionan un sentido de manejo y control sobre lo que se bebe (Rosenberg, 2002). Por su parte Marlatt (1998) habla sobre el beber controladamente como "beber moderadamente".

Heather (1989) agrega que los investigadores han diferido para llegar a una definición uniforme sobre el consumo moderado, en cuanto a la cantidad y frecuencia del consumo. Además que solo existen unos pocos estudios que hablen sobre las consecuencias psicológicas causadas por el consumo. También observan que es raro incluir asesorías sobre la auto-eficacia o de un sentido de control sobre la bebida.

Rosenberg (2002) considera un bebedor problema a aquellos sujetos que despliegan solo unos pocos signos de dependencia, aunque se ha visto que este tipo de bebedor frecuentemente se excede en su consumo (p. ej. más de 21 copas estándar por semana) y padecen uno o más problemas relacionados con el alcohol tales como ser arrestados por manejar en estado de ebriedad, problemas laborales y sociales y de salud. Comenta que en cuanto a los tratamientos que se han desarrollado para aquellos sujetos que deciden no escoger el camino de la abstinencia, y optan por el de beber de manera moderada o controlada, han existido varias opiniones al respecto apoyando o no a esta propuesta; ya que los estudios han obtenido datos donde se han visto resultados positivos de mantener el consumo controlado en seguimientos a un año (p. ej. Miller y Baca, 1983). También se ha observado que la inestabilidad en el consumo donde aparecen recaídas no se limita solo a

los sujetos que optan por la moderación sino que también se observa en los que escogieron la abstinencia, además de que a lo largo de los años los patrones de consumo varían (p. ej. Tavistock, 1987).

Heather y Robertson (2001) observaron cuatro condiciones asociadas con el beber controlado que son: baja severidad de los síntomas de beber, menor edad, empleo regular y menos contacto con grupos de Alcohólicos Anónimos. Por otro lado Rosenberg (2002) dice que el bebedor controlado es visto como un agente activo en su forma de beber y quien está sujeto a múltiples influencias, algunas de las cuales son características personales y algunos eventos ambientales.

Un factor importante en relación al consumo moderado que se considera dentro del programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema es que los usuarios no deben de presentar signos severos de dependencia en su consumo ya que como reportan Orford y Keddie (1986a) la hipótesis de severidad sostiene que entre mayor sea la dependencia física al alcohol, menor será la probabilidad que tenga la persona para controlar su consumo. Por lo tanto, la moderación en el consumo se considera posible de lograr en sujetos que no presentan signos de dependencia severa y con problemas incipientes en su consumo; por otro lado aquellos individuos que presentan una mayor severidad y que no son abstinentes están considerados en tener más recaídas.

La hipótesis de severidad también se ha apoyado en los resultados obtenidos en los estudios realizados por Alden (1988), Miller, Leckman, Delaney y Tinkcom (1992) sobre el entrenamiento en consumo moderado que han recibido los clientes considerados como bebedores problema. Estas investigaciones han mostrado que los bebedores problema frecuentemente reducen su consumo a moderado, a niveles no problemáticos y lo más importante es que han mantenido dicho nivel durante los seguimientos a un año o más.

En la conducta de consumo de alcohol intervienen otros factores tales como la persuasión y las creencias. Estos mismos elementos también se encuentran en los usuarios que intentan reducir su consumo y mantenerse en niveles de moderación, por lo que Orford y Keddie (1986a) observaron que el logro en los resultados está influenciado por el grado en el que un alcohólico o un bebedor problema tiene la creencia en la necesidad de abstenerse versus el grado para el cual la persona es persuadida a considerar alcanzable la meta de consumo moderado.

También otro aspecto importante es el que menciona Rosenberg (2002) sobre la persuasión, que es la decisión del usuario para plantearse el consumo moderado o la abstinencia como una meta. Por otro lado agrega que estas decisiones como la de consumo moderado pueden estar dadas como un adoctrinamiento durante el tratamiento, y que puede modificarse después de experiencias post-tratamiento. Y en el caso de los sujetos que eligen la abstinencia como meta, es quizá como resultado de intentos anteriores no exitosos de moderar el consumo. Agrega que otros factores que intervienen en el consumo moderado son la relación entre el consumo moderado y la frecuencia del tratamiento, el estilo de beber antes del tratamiento, la estabilidad social y psicológica, las características demográficas, la historia familiar de consumo, fuentes de referencia y estatus, ajustes post-tratamiento y evaluaciones de consumo. Finalmente es importante hacer énfasis que las

conclusiones acerca de la relativa eficacia del consumo moderado o controlado y la abstinencia está basada principalmente sobre los datos de un grupo en tratamiento. Predecir la probabilidad de que un sujeto beberá de manera moderada o se abstendrá, se considerará dentro del contexto de la relación terapéutica en la cual múltiples características de los clientes se observan. Además, es importante tomar en cuenta los eventos post-tratamiento y la relación de estos con el consumo, el cual deberá de seguir siendo monitoreado para permitir una intervención a tiempo y eficaz en dado caso de que el cliente vuelva a su antiguo patrón de consumo.

XII. MOTIVACIÓN PARA EL CAMBIO

Miller (1985) comenta que la motivación es frecuentemente vista como un atributo del cliente y es utilizada para explicar los resultados favorables del tratamiento. Pero también se pregunta ¿Por qué falla un tratamiento? a lo que comenta, que es una pobre motivación la que juega un papel importante para no lograr el cambio deseado. Por lo que la falta de motivación apropiada, ha sido utilizada para explicar las fallas para entrar, continuar cumplir y tener éxito en el tratamiento.

Por otro lado Miller y Tonigan (1996) comentan que la motivación para el cambio es un constructo multifacético, que históricamente se ha requerido como un prerrequisito para poder responder a un tratamiento de manera eficaz. En el tratamiento de los problemas de consumo de alcohol, la falta de motivación ha sido algunas veces entendida como resultado de los mecanismos de defensa del cliente, tales como la negación, la cual provoca obstáculos en el proceso de recuperación. A lo anterior agregan Miller y Rollnick (1988) que la motivación es un indicador de que una persona inicie, continúe, y se comprometa con una estrategia específica para cambiar.

Donovan y Rosengren (1999) dicen que la motivación juega un papel fundamental en la decisión que toma una persona para cambiar su conducta de uso de una sustancia o de buscar apoyo para hacerlo. Las conductas adictivas han sido consideradas como problemas motivacionales, y un número de modelos le dan un rol importante a la motivación que debe de tener alguien para buscar ayuda y entrar a tratamiento. Por lo que la motivación ha sido vista como un elemento que predispone o como una variable que media en el proceso de cambio de conducta o de búsqueda de ayuda.

Chick (2001) ha dicho que la única manera exitosa de cambiar los hábitos de consumo es hacerlo por sí mismo. No obstante, la investigación y la experiencia muestran que aquellos que tienen problemas con el consumo de alcohol pueden comenzar el camino del cambio motivados por razones externas, como son ser citados en la corte por conducir en estado de ebriedad, amenaza de perder el empleo o su familia. Por otro lado, argumenta que la negación permite evadir hechos y sentimientos desagradables; ya que es difícil admitir perder el respeto de la familia, compañeros de empleo y sociedad en general. Duele admitir algo, que lógicamente pueda significar dejar el placer que genera beber. Además si se cree que fallar en el control de lo que se consume es una debilidad, entonces se siente uno avergonzado. Sin embargo, se han hecho algunos estudios en Estados Unidos donde la

evidencia muestra que los bebedores coercionados a entrar a tratamiento no lo hacen peor que aquellos que entran a un tratamiento por deseo propio.

Donovan y Rosengren (1999) comentan que existen dos aspectos importantes en la motivación que es llamado “locus de motivación”. Esta variable comprende la pregunta de cuál es la fuente de la motivación y cuál la razón para que un sujeto busque apoyo para cambiar sus patrones de comportamiento o para entrar a tratamiento; esto es, a que se le atribuye la motivación, a factores internos/intrínsecos o a presiones externas/extrínsecas. De acuerdo a estos autores quienes buscan tratamiento formal, cuando son comparados con aquellos que resuelven sus problemas por sí mismos o a través de participar en grupos de auto-ayuda, pueden ser caracterizados como: 1) ser más dependientes de la sustancia, basado en un diagnóstico objetivo; 2) se perciben así mismos como dependientes; 3) posiblemente utilicen sustancias de manera más frecuente y en cantidades mayores; 4) tienen más consecuencias negativas relacionadas con el uso de la sustancia; 5) experimentan mayores dificultades y expresan más necesidad de recibir ayuda en más áreas de vida (p. ej. física, psicológica, social y de relaciones interpersonales, financiera, legal y de compromisos de vida; 6) frecuentemente tienen menos recursos sociales y funciones psicosociales pobres; 7) consideran sus vidas como fuera de control; y 8) tienen mayor presión social para buscar apoyo.

Por otro lado se observa que la motivación ha sido construida como un estado fluctuante que se ubica entre los pros y contras de una conducta determinada. Es decir se coloca en una balanza la toma de decisión de alguna conducta determinada. Desde esta visión los estados emocionales variarán a lo largo de una o varias dimensiones, influenciadas por una variedad de factores que se encuentran en el ambiente social. La motivación del cliente para el cambio en los problemas relacionados al consumo de alcohol han mostrado ser substancialmente influidos por el estilo del terapeuta y las características ambientales (Miller, 1985).

Miller y Rollnick (1988) agregan que la motivación no se debe entender como un problema de personalidad, o como un rasgo que una persona lleva consigo cuando cruza la puerta al salir de la consulta con el terapeuta. Más bien, la motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Dicho estado se puede ver influido por múltiples factores. Por otro lado comentan que las estrategias motivacionales generales que se han identificado son: 1) ofreciendo consejo, 2) eliminar obstáculos, 3) ofrecer alternativas, 4) disminuir la deseabilidad, 5) practicar la empatía, 6) ofrecer retroalimentación, 7) aclarar objetivos, y 8) ofrecer ayuda activa.

Miller y Rollnick (1988) proponen cinco estrategias para motivar el cambio en el usuario y vencer la ambivalencia, haciendo que la balanza se incline hacia las ventajas de cambiar su patrón de consumo por encima del anterior comportamiento. Sugieren lo siguiente, que por cuestión de espacio, solo se mencionan: 1) realizar preguntas abiertas, 2) escucha reflexiva (la forma en que el terapeuta responde a lo que dice la gente), 3) afirmar (comentarios positivos y frases de aprecio y comprensión), 4) resumir, y 5) provocar afirmaciones auto-motivadoras.

Así mismo, Ayala y Cárdenas (1996) han observado que una multitud de factores están inmersos en el deseo que tiene un individuo de abstenerse o moderar su consumo, entre los cuales se incluyen: el reconocer las consecuencias negativas del consumo a largo plazo (efectos negativos sobre su salud, bienestar personal, vida social, familiar, situación laboral, etc.); el fracaso de las drogas de continuar proporcionando los mismos efectos placenteros, aún al incrementar la dosis de consumo (aumento de tolerancia); confrontaciones con pares significativos; contacto con ex-adictos que han logrado salir avantes en su proceso de recuperación; crisis espirituales y cambios de estilos de vida significativos. Una vez que la motivación del individuo se desarrolla para cambiar, puede hacerse o no un compromiso específico para cambiar, con la decisión de comenzar a abstenerse o a moderar su consumo en un tiempo y/o lugar específicos. A menudo, las personas deciden cambiar impulsivamente sin considerar todos los factores motivacionales que esta acción involucra, lo cual trae como resultado que el compromiso para el cambio sea débil y de corta duración. Es importante prestar mayor atención a la etapa de motivación y compromiso para el cambio, con el propósito de poder mejorar la disposición de un individuo a comprometerse con un programa específico de cambio o de tratamiento.

Chick (2001) dice que debe de prevalecer un espíritu de preguntas que colaboren para que ayuden al usuario a alcanzar sus propias conclusiones acerca del rol que juega el alcohol en sus problemas y en su vida en general. Esto será más convincente que una recitación de consejos “especializados”, debido a que la gente cree más en lo que escuchan de si mismos, que lo que los demás les digan.

Para entender un poco más la motivación, es necesario remitirnos a Prochaska y DiClemente (1992), quienes desarrollaron un modelo transteórico en el cual señalan una secuencia de etapas a través de las cuales la gente progresa iniciando y manteniendo un cambio en la conducta. El primero de estos cambios es el de la precontemplación, el cual es un estado donde no se visualiza un problema y por lo tanto ninguna necesidad de cambiar. Mientras la preocupación del problema aumenta, el sujeto entra en un estado de ambivalencia o contemplación, en el cual los pros y contras son sopesados. Con el tiempo el balance decisional quizá se incline a favor del cambio, como las consecuencias adversas (contras) comienzan a ser más evidentes sobre el estatus quo (pros). En su modelo original consideraron que el punto donde se desea cambiar es la etapa de determinación la cual subsecuentemente fue eliminada y más recientemente reinstalada conceptualizándola como la fase de preparación. Después la persona se mueve hacia la fase de acción en la cual los esfuerzos se concentran en cambiar la conducta. A partir de este momento de acuerdo a Marlatt y Gordon (1985), si estos esfuerzos iniciales son exitosos, la etapa de mantenimiento se hace presente y se trabaja sobre la prevención de recaídas, llevando a cabo pasos enfocados a evitar situaciones que reviertan el proceso y envíen al sujeto a su antiguo patrón de consumo. Dado que el cambio de conducta no se mantendrá de manera eficiente en el primero de los intentos de la mayoría de los casos que lo llevan a cabo, la etapa de recaída también se considera como parte del proceso de cambio. Por lo que al presentarse esta última etapa, el sujeto debe volver a ubicarse en alguna de las etapas del proceso de cambio, y a partir de ahí comenzar de nuevo a través de las distintas fases, contemplación, determinación-preparación, acción y mantenimiento en el orden para lograr de nuevo la conducta y situación deseada.

Ayala y Cárdenas (1996) dicen que cualquier acción dirigida a ayudar a un individuo a cambiar, hace necesario conocer en qué fase o ciclo de cambio se encuentra antes de continuar formalmente el proceso de tratamiento.

Profundizando sobre estas etapas de cambio Ayala y Cárdenas (1996) mencionan que la motivación y el compromiso para generar el cambio son importantes, pero en esta tarea el terapeuta debe de promover ambos factores sin ser confrontativo ni crear resistencias. Argumentan que una vez que el cliente ha pasado a la fase de determinación-acción hay que motivarlo a instrumentar los cambios en sí, el acto de abstenerse o la aplicación inicial de estrategias de auto-control para moderar su consumo. Comentan que es importante hacerle ver al individuo que esta etapa es importante pero no la única, ya que si este considera que el cambio ha sido exitoso una vez que se ha dejado de utilizar la sustancia de abuso, pondrá muy poca atención a las demandas y peligros del viaje que queda por completarse durante la etapa de mantenimiento.

Esto lleva a considerar que, cuando ya se encuentran en la fase de mantenimiento, hay que trabajar el momento cuando regrese al ambiente de pre-tratamiento, ya que es aquí donde a menudo se destruye la confianza ilusoria, a medida que el deseo de beber regresa en respuesta a viejos estresores y señales asociadas con el beber. El fracaso en anticipar y enfrentar con éxito el resurgimiento de los deseos de beber, que ocurre después del tratamiento, puede propiciar una situación en la que el individuo sufra una recaída en una fase muy temprana del tratamiento. Por lo tanto, hay que considerar el mantenimiento como la etapa donde “desaparecen” los viejos hábitos y se fortalecen las conductas adaptativas para reemplazar las respuestas previamente dominantes y donde se recomienda, si es necesario, sesiones de refuerzo donde se revisen nuevamente los componentes del programa o se instrumenten tareas terapéuticas adicionales para volver a incrementar los efectos iniciales del tratamiento.

Chick (2001) agrega que hay que desarrollar una entrevista abierta utilizando las técnicas de la entrevista motivacional, donde el usuario sea motivado a recordar el daño causado por la bebida, y los beneficios de la moderación o abstinencia, pero es importante hacer notar que las pérdidas de estar sobrios no son negadas. Las estrategias para mantener la meta elegida por el usuario surgen de un diálogo en conjunto, y son propias del usuario más que ofrecidas como un consejo impuesto por el terapeuta.

XIII. MOTIVACIÓN, EXPECTATIVAS, ACTITUDES Y RECAÍDA

Bandura (1977) distingue entre eficacia y expectativas de los resultados. La primera se refiere a la confianza que tienen las personas para enfrentar exitosamente situaciones de estrés. La segunda se refiere a la creencia de que una conducta dada producirá un resultado en particular. Las creencias de la gente, o las expectativas sobre el resultado, se muestran como buenos predictores de su conducta más que las consecuencias actuales de sus acciones.

Las investigaciones realizadas durante los 80's y 90's han proveído de fundamentos para creer que las expectativas, tanto positivas como negativas hacia el alcohol, quizá posean asociaciones independientes con el consumo, y probablemente, a través de diferentes roles (Stacy, Widaman y Marlatt, 1990).

Miller (1985) menciona que dentro del dominio clínico, las expectativas positivas hacia el alcohol han sido ampliamente reconocidas como representando la motivación para beber y las negativas como la motivación para restringirse. Agrega que más allá de las expectativas, las personas también tienen expectativas particulares sobre los posibles resultados, tanto positivos, como negativos, de ciertos cursos de acción. Estas expectativas suelen tener un efecto poderoso sobre la conducta.

Marlatt (1984) propuso que la gente aprende a esperar consecuencias positivas a corto plazo al consumir. El incremento de la excitación fisiológica en la primera fase de la reacción bifásica, se dice que forma las bases para esta expectativa positiva. El alcohol también produce afectos negativos, porque bloquea la memoria de las consecuencias negativas como consecuencia del consumo excesivo. El alcohol libera al sujeto del efecto inhibitorio de las experiencias negativas pasadas (una forma de desinhibición cognitiva), y por lo tanto, reduce la expectativa de los resultados de las consecuencias negativas por consumo excesivo.

Chick (2001) comenta que para algunos consumidores de alcohol las influencias sociales y culturales, o los hábitos de vida, están muy arraigados, que existe muy poca probabilidad que los beneficios de dejar de beber o disminuir el consumo sea suficiente como para dejar de hacerlo, así que los tratamientos, a los que se sometan, tendrán un bajo impacto. Para otros clientes, las ventajas de dejar de beber, o disminuir su consumo, quizá sea suficiente para dirigir la balanza hacia iniciar un tratamiento. Ante esto pregunta ¿Cómo los cuidados de salud primarios pueden facilitar esto?

Jones y MacMahon, (1996) señalan que la Teoría de la Actitud ha reconocido que las expectativas de los individuos sobre un resultado particular del desempeño de una conducta como es el beber alcohol quizá esté moderado por el impacto que pueda tener dicho comportamiento. Esto ha sido conceptualizado como la deseabilidad de la expectativa.

Wilson (1987) dice que la gente aprende a predecir los efectos del alcohol como un alivio para el estrés, y adquirir un aprendizaje sobre la expectativa de los resultados, a pesar de sus consecuencias negativas. Es decir, una contingencia como una relación, es aprendida, pero está cognitivamente mediada y no condicionada automáticamente. La creencia sobre el

alcohol es, que transforma los sentimientos de negativos a positivos. Para entender los efectos sobre las reacciones afectivas, estos procesos cognitivos deben ser vistos dentro del contexto de otros factores, incluyendo la cantidad de alcohol que se consume, las experiencias previas con el alcohol, las diferencias individuales basadas en las respuestas fisiológicas hacia el etanol y las historias específicas de aprendizaje social, expectativas aprendidas acerca del alcohol y sus efectos y el lugar donde ocurre el consumo. Cualquiera de estas variables, quizá, moderen significativamente los efectos del alcohol sobre la auto-eficacia.

Brown (1985) y Tran y Haaga (2002) mencionan que las investigaciones en alcohol también arrojan luces sobre las expectativas que hay por parte de los consumidores sobre la reducción de la tensión como un factor importante que contribuye al abuso del mismo, pero provee evidencia mixta con respecto al rol que juegan las expectativas negativas hacia el alcohol. Las expectativas de reducción general de la tensión y del aumento de la aserción social y el decremento de la ansiedad social han probado ser útiles en distinguir a los bebedores problema de los consumidores no problemáticos. Además los pacientes diagnosticados como dependientes reportaron mayor expectativa a la reducción de la tensión general que los bebedores problema, y esta expectativa fue el mejor predictor para recaídas un año después del tratamiento interno.

Brown, Goldman, Inn y Anderson (1980) encontraron en un análisis factorial seis factores independientes de expectativa: 1) el alcohol transforma las experiencias en formas positivas, 2) aumenta el placer físico y social, 3) aumenta el desempeño y la experiencia sexual, 4) aumenta la sensación de poder y la agresión, 5) aumenta la asertividad social, y 6) reduce la tensión. Por otro lado, Christiansen y Goldman (1983) encontraron que las expectativas predicen la conducta de consumo, más acertadamente, que las variables demográficas/antecedentes (p. ej. etnia, afiliación religiosa, actitudes parentales hacia la bebida).

Wilson (1987) observó que el único elemento determinante de todo el consumo, fue el factor de expectativa. A pesar del actual contenido de alcohol de las respectivas bebidas de los sujetos, sean alcohólicos o bebedores sociales, consumieron de manera significativa cuando creían que la bebida que consumían tenía alcohol, en este caso vodka.

McCusker, (2001) señala que es importante mencionar que existe apoyo limitado para la visión de que las expectativas positivas, pueden cambiar durante las intervenciones y que esto pueda impactar, subsecuentemente, en el consumo. Consistentemente con esta visión, está el desarrollo de intervenciones dentro del marco de la Teoría del Aprendizaje Social, en la cual, las oportunidades se crearán para ayudar a los clientes a derivar las contingencias específicas entre el uso de alcohol y las consecuencias que se generan, sean reconocidas o equivocadamente reconocidas.

Para Miller y Rollnick (1991) observan que este tipo de intervención se imparte como una retroalimentación en las entrevistas cortas que se dan en post-tratamiento, durante las cuales, se busca que el usuario reconozca las consecuencias negativas del consumo, esperando que sean reforzadas, mientras que el terapeuta pueda estar alerta para registrar lo que el usuario no considera como consecuencias reconocidas. La información adicional a

considerar son: a) aquellas consecuencias esperadas y reconocidas por el cliente que considera de mayor impacto (y que deberán de ser reforzadas desde la primer sesión), b) aquellas consecuencias que el cliente no reconoce, las cuales también tienen un alto impacto (y las cuales deben registrarse, más que aquellas, ante las cuales, se muestra ambivalente).

Entre los aspectos de la motivación, las expectativas y actitudes hacia el consumo tanto positivas y negativas, existe el factor de la recaída y su prevención, la cual se considera como parte fundamental del proceso de cambio y de aprendizaje. Por lo tanto, es importante considerar que el aumento de las expectativas positivas de los resultados, en conjunto con minimizar las expectativas negativas y la pobre auto-eficacia o creencia acerca de la habilidad de la persona para afrontar con éxito la situación sin necesidad de recurrir al consumo de sustancias, puede predecir la recaída (McCusker, 2001).

A esto agregan Ayala y Cárdenas (1996) que tradicionalmente se han considerado las recaídas y la re-hospitalización como fracasos en el tratamiento y una gran mayoría de los programas actuales continúan teniendo políticas de ingreso que rechazan a los reincidentes. Sin embargo, los modelos teóricos más recientes consideran las recaídas como parte natural del proceso de recuperación, e incluso, los mismos usuarios consideran la recaída como un fracaso. Por lo que las creencias acerca del curso que seguirán los resultados del tratamiento pueden jugar un papel determinante en los resultados. Pero si se le enseña al cliente a considerar la recaída como parte del proceso de cambio y aprendizaje, entonces él estará menos dispuesto a perder el control y a rendirse ante las recaídas, dispuesto a reestructurar sus metas y tácticas para alcanzarlas, promoviendo la consistencia en la fase de mantenimiento.

Por otro lado (Marlatt y Gordon, 1985) señalan que el uso de sustancias ha sido identificado como proceso de recaídas crónicas. Las investigaciones muestran que alrededor de 35-58% de los alcohólicos tratados, presentan una recaída a las 2 semanas y tres meses siguientes, respectivamente.

Un factor que influye, fuertemente, en la recaída, es el deseo. Marlatt (1985) define el “craving” o deseo como un estado “subjetivo” que está mediado por propiedades incentivas de expectativas positivas de los resultados. Las expectativas positivas de los resultados del consumo de alcohol transformaran la experiencia subjetiva y los estados emocionales disfóricos y será experimentado como el deseo particularmente en situaciones de alto riesgo para el consumo, cuando a la persona le faltan alternativas de habilidades de afrontamiento y presentan una baja auto-eficacia.

Wilson (1987) dice, retomando a Jellinek, que de acuerdo con la teoría de la enfermedad del alcoholismo, una vez que un trago es tomado, el deseo aumenta y la demanda física de alcohol sobrepasa cualquier control cognitivo o voluntario. Pero el mismo Wilson argumenta, que en términos de la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social, las consecuencias de uno o más tragos para el alcohólico abstinentes será, como en el caso de cualquier otra conducta, una función cognitiva del lugar, el lugar social donde ocurre el consumo, y las consecuencias de reforzamiento específicas en ese ambiente. Así que, los

bebedores no problemáticos o problemáticos, son vistos en el mismo continuo, y gobernados por los mismos procesos cognitivos y leyes de aprendizaje.

Para Ayala (1996) en la fase de mantenimiento, se da una tasa de error o recaída que se comporta de manera similar a lo que se observa en la curva clásica de aprendizaje, donde los errores iniciales gradualmente se reducen, a medida que el individuo llega a dominar el nuevo patrón de respuestas. Se muestra, que la estabilización en la tasa de recaídas, comienza aproximadamente 90 días después de la iniciación de la abstinencia o moderación. Antes de este lapso, las tasas de recaídas son altas, particularmente en el primer mes.

Marlatt (1985) menciona que durante este periodo de tiempo, en el concepto de situaciones de alto riesgo existen dos grandes categorías de estas situaciones. Los determinantes ambientales intra-personales, los cuales se refieren a episodios de recaídas donde la respuesta es primariamente psicológica, física, o en eventos ambientales. Dichas categorías consisten en:

- ❖ Emociones negativas.
- ❖ Incomodidad física.
- ❖ Urgencia y Tentación.
- ❖ Emociones positivas.
- ❖ Probando control personal.

La segunda categoría son las determinantes interpersonales, las cuales vienen cuando los episodios de recaídas involucran la influencia significativa de otros individuos, e incluye:

- ❖ Conflictos con otros.
- ❖ Presiones sociales.
- ❖ Momentos agradables con otros.

Connors, Maistro y Zywiak (1996) argumentan que los eventos negativos en la vida y la exposición a situaciones de alto riesgo no han sido relacionados con la probabilidad de recaída. Pero sí se ha visto que otros determinantes de las recaídas están relacionados con elementos cognitivos y la auto-expectativa. Así mismo, Marlatt (1985) postula que la situación de alto riesgo que se dirige hacia la recaída está asociada con la construcción individual de una fuerte expectativa, que en el uso de alcohol tendrá resultados positivos y deseables.

Hunt, Barnett y Branco (1971) (citado en Ayala y Cárdenas 1996) comentan que, desde la década de los setenta, las tasas de recaída a un año de haber terminado el tratamiento son, aproximadamente, de 75%, tanto en individuos considerados como alcohólicos, usuarios de heroína o fumadores de tabaco. Sin embargo, la mayoría de esos individuos no abandonan el tratamiento, sino que aproximadamente el 84% de ellos, dentro de un periodo del primer año, regresa a la fase de contemplación y están activamente volviendo, otra vez, a intentar dejar su adicción.

Para hacer frente a la fase de recaída, se debe intentar modificar el estilo de vida del cliente, así como su forma de identificar y afrontar determinantes encubiertos de las recaídas (señales tempranas de peligro, distorsiones cognitivas, entre otros). A tales procedimientos más amplios se les denomina Estrategias Globales de Auto-control. Estas estrategias pueden ser subdivididas en tres categorías: 1) Adiestramiento de habilidades (adquisición de respuestas conductuales y cognitivas necesarias para afrontar situaciones de alto riesgo); 2) Reestructuración cognitiva (proveer a los clientes de cogniciones alternativas acerca de la naturaleza de cambio de hábitos), 3) Intervenciones en estilos de vida (relajación, planeación del tiempo libre y ejercicio) (Marlatt y Gordon, 1985).

Otro elemento, que juega un papel importante en el proceso de cambio, es la expectativa, la cual para Bandura (1977) tiene dos componentes: 1) componentes cognitivos (informativos) los cuales están asociados con lo que una persona “sabe” o espera que pase, como un resultado de desempeñar conductas significativas y 2) componentes motivacionales (incentivo), los cuales están relacionados hacia el interés “valores reforzados” de los resultados o efectos específicos. El sentimiento de confianza para enfrentarse efectivamente con las situaciones de alto riesgo aumenta la percepción de auto-eficacia.

Con respecto a la etapa de la recaída, en estudios realizados por Salah, Sheik y Bashir (2004) con grupos de consumidores de heroína y alcohol se observó que las recaídas ocurrían con mayor frecuencia en consumidores de heroína que en los de alcohol; mientras que los consumidores de alcohol se mostraban con mayores niveles de auto-eficacia que los de heroína. También se observó que los consumidores de heroína, debido a la naturaleza de la sustancia, quizá hayan desarrollado una pobre auto-eficacia para resistir la urgencia cuando se confortan con sus pares y bajo la presión social. Otra interpretación es, que los alcohólicos que participaron tendieron a tener defensas más severas, que los hicieron más lentos en identificar las situaciones de alto riesgo reales. Además, el alcohol, como un fenómeno adictivo, no está todavía totalmente conceptualizado por la sociedad; por lo tanto, los pacientes no están preocupados a cerca de su adicción, y la mayoría de las referencias no son serias como para identificar las situaciones.

Abrams, Binkoff, Zwick, Liepman, Nirenberg y Munroe, (1991) mencionan que de acuerdo con la perspectiva de la Teoría de Aprendizaje Social, se ha mostrado que la falta de respuestas de enfrentamiento efectivas está asociada con el abuso de alcohol. Este efecto aparece como una situación específica en la que los observadores ubicaron a los abusadores de alcohol como menos hábiles comparados con los bebedores sociales, durante un juego de roles de situaciones de alto riesgo, pero no así durante el juego de roles donde se involucraban situaciones de interacción social en general.

Beattie, Longabaugh y Elliot (1993) refieren que otros aspectos que juegan un papel importante dentro de lo que es la motivación al cambio, el mantenimiento del mismo, una posible recaída y la recuperación de la misma, son los aspectos funcionales de las relaciones que se refieren al contenido de las interacciones que cada persona tiene, y las medidas que reflejan las percepciones de la disponibilidad, contenido y propósito de estas interacciones. Los constructos de los recursos sociales, los estresores sociales y, más comúnmente, el apoyo social, son incluidos aquí. El apoyo social es visto como la

disponibilidad percibida o actual del apoyo instrumental y emocional, ejemplificado por la provisión e intercambio del sentido de pertenencia, aumento de la auto-estima y de la ayuda tangible e intangible dada en dinero, bienes, servicios o información. El apoyo general quizá tenga, solamente, un efecto indirecto en el consumo de alcohol, a través de su efecto directo sobre el bienestar subjetivo. El apoyo específico quizá afecte, de manera más directa, la conducta de beber. Por ejemplo, el apoyo de sus hijos, familiares o amistades quizá sea proscrito. El consumidor, quizá, decida beber menos cantidad, y con menor frecuencia, si desea mantener dicha relación. Pero por otro lado, quizá se encuentre con alguna relación significativa que sea más permisiva, que apruebe su manera de consumir y lo aliente a continuar con dicho estilo.

Un sujeto al sentirse apoyado, no solamente logrará la sobriedad o la moderación en su consumo sino que establecerá un nuevo estilo de vida, adoptará una nueva visión del mundo y adquirirá una nueva identidad donde el auto-control, la auto-eficacia, la motivación, el mantenimiento y la auto-estima se harán presentes cada vez con mayor fuerza y convicción. Se ha observado, que el apoyo brindado de manera específica, impacta en los resultados del consumo, en el logro y mantenimiento de la meta que haya elegido, aumentando la auto-eficacia y la motivación. También, algunos aspectos de las relaciones sociales, quizá, moderen los efectos del apoyo social. Las condiciones y limitaciones estructurales impuestas por las relaciones sociales, quizá, jueguen un rol diferente en la adopción o motivación en la obtención de resultados positivos. También se involucra la calidad de las relaciones sociales de una persona, las cuales, quizá, amplíen o nieguen la asociación de cualquier estructura o función para la obtención de resultados positivos o negativos en el tratamiento.

La motivación para el cambio, se deriva de una acumulación de pérdidas, costos o daños como resultado de una conducta determinada, este exceso gana beneficios o resultados placenteros, en tal grado, que el conflicto entre el deseo de continuar haciendo esa conducta y otras necesidades, requiere de hacer una decisión considerando ambas opciones (Orford y Keddie, 1986). A lo que (Sobell, 2001) agrega que, el balance decisional es, en otras palabras, cuando los bebedores problema están decidiendo hacer cambios, consideran los pros y contras de beber y no beber. Y una decisión de dejar de beber o reducir el consumo, significa sopesar lo negativo y lo positivo de tal decisión. Tradicionalmente, el concepto de motivación ha considerado atributos del cliente: factores de personalidad, resistencia, y la negación al compromiso para con el tratamiento que muestran los usuarios, así como también, sus pobres resultados. La motivación se debe de pensar como un estado de disposición al cambio, siendo un estado que puede ser influenciado. Así, que la meta de las intervenciones motivacionales, son el aumentar el compromiso al cambio, y por lo tanto, aumentar las probabilidades de resultados positivos. En este sentido, entre más motivado se encuentre el cliente, menores oportunidades se le presentarán para tener una recaída ya que la creencia en el cambio será más fuerte que la creencia en no cambiar.

XIV. AUTOEFICACIA

DiClemente, Fairhurst y Pitrowski, (1995) definen las conductas adictivas como aquellas conductas que son experimentadas por los individuos y vistas por la sociedad, como difíciles o problemáticas para mantenerse bajo control. Para aquellos que ven las adicciones como algo que va más allá del control del sujeto, la noción de que uno puede sentirse eficaz acerca de la modificación, control, o abstinencia de la conducta quizá parezca una contradicción.

Bandura (1977a) introdujo el concepto de las creencias en la auto-eficacia como un camino final, mediante los cambios conductuales y la definió “como un tipo específico de expectativa que concierne a las creencias que tiene un sujeto de poder desempeñar una conducta específica o un grupo de conductas que se requieren para producir un resultado”.

De acuerdo a esto, la teoría de la auto-eficacia verifica que los cambios conductuales producidos por diferentes tipos de tratamiento se encuentren mediados por un mecanismo cognitivo común, la “expectativa en la eficacia”. Sin embargo, la expectativa de ser capaz de enfrentar situaciones de alto riesgo de manera sucesiva, como fue desarrollada, se encuentra cercanamente asociada con la idea de la auto-eficacia. Agrega que, frecuentemente, las creencias disfuncionales llevan a bajos niveles de auto-eficacia percibida, y una subsecuente inhabilidad para adoptar y mantener la conducta deseada.

El mismo Bandura (1986) dice que los juicios sobre la auto-eficacia tienen que ver no con las habilidades que tiene un sujeto, sino con los juicios de lo que ese individuo puede hacer con cualquiera de las habilidades que este posea. Agrega que las expectativas de la auto-eficacia son vistas como variantes a lo largo de tres dimensiones: 1) magnitud (en una jerarquía de conductas se refiere a un número de pasos que aumentan la dificultad o amenaza de las creencias que tiene una persona para ser capaz de desempeñar una acción determinada); 2) fuerza (se refiere a la determinación de las convicciones de una persona de que puede desempeñar una conducta en cuestión); y 3) generalidad (se refiere a la extensión que alcanza el éxito o fracaso de las experiencias y la influencia que estas tienen en las expectativas de la auto-eficacia en el desempeño de una conducta determinada, o que cambios en la expectativa de la auto-eficacia pueden darse en conductas y/o contextos similares).

DiClemente et al. (1995) señalan que la teoría de la auto-eficacia enfatiza la distinción entre tres variables que tienen que ver con el control personal y la motivación, los cuales son la expectativa de la auto-eficacia, la expectativa del resultado, y el valor del resultado. Segundo, la teoría de la auto-eficacia enfatiza la medida de estas variables, especialmente la de auto-eficacia, con un alto grado de especificidad conductual y situacional que ha sido el caso de otras teorías y cuerpos de investigación. Tercero, la teoría de la auto-eficacia provee un modelo para explicar el origen y los efectos de las percepciones del control percibido y las guías para cambiar la conducta humana y aumentar la posibilidad de adaptación.

Maddux (1995) y Bandura (1986, 1999) han observado que los determinantes que influyen en las creencias de la auto-eficacia son: 1) desempeño de tareas (éxitos y fracasos en el

desarrollo de conductas); 2) experiencias vicarias (aprendizaje observacional, modelamiento, imitación, al ver la conducta de otros y ver que son capaces o no de hacer); 3) experiencias imaginarias (la teoría cognitiva social dice que la gente posee una alta capacidad para la actividad cognitiva simbólica); 4) persuasión verbal (está influida por elementos tales como la confianza, lo experto de la fuente que persuade y lo atractivo de la fuente); 5) estados psicológicos (cuando la gente asocia estados psicológicos aversivos con pobres desempeños conductuales, y perciben incompetencia); 6) estados emocionales (la gente tenderá a presentar más creencias de auto-eficacia cuando se sienten afectados positivamente que cuando lo están negativamente); y 7) fuentes distantes y cercanas (de acuerdo a sus experiencias en el pasado cercano o distante la gente tenderá a responder con auto-eficacia). La auto-eficacia cambia, en una forma predictiva, a través de las etapas del cambio de la conducta con los clientes que se vuelven, progresivamente, más eficientes, al tiempo que se van moviendo a través de las etapas (Prochaska y DiClemente, 1982, 1986).

Maddux (1995) dice que la expectativa de un resultado determinado tiene que ver con la creencia de que una conducta producirá un logro o resultado dado, lo cual se opone a la expectativa de auto-eficacia, la cual es una creencia que tiene uno de poder desempeñar la conducta que quizá produzca un resultado. En la teoría de la auto-eficacia, las expectativas de los resultados se encuentran determinados primeramente por las expectativas de la auto-eficacia. Las expectativas son un elemento importante para predecir las recaídas (Wilson, 1987).

Adicionalmente la adherencia al programa y la auto-eficacia se van logrando a través del progreso gradual del cliente, lo cual incrementa progresivamente al observarse éxito en el curso de la intervención. El objetivo es introducir una tarea a la vez, de manera contraria, la expectativa de poder desarrollar auto-control se puede derrumbar en un periodo relativamente corto al sobrecargar al cliente con una multitud de tareas a realizarse de manera simultánea (Ayala y Cárdenas, 1996).

XV. AUTOCONTROL

Se ha reconocido, durante largo tiempo que las conductas adictivas, a menudo, se ven acompañadas de alguna alteración de los procesos de auto-control que normalmente restringen las conductas de las personas. Ante una hoja de balance decisional que favorezca claramente el cambio, y a pesar de las intenciones confesadas, una persona puede persistir en una conducta peligrosa a través de una alteración de los procesos normales de auto-control (Miller, 1989).

Ayala y Cárdenas (1996) afirman, que contrariamente a las aproximaciones tradicionales, las aproximaciones de auto-control intentan fomentar en sus clientes un sentimiento de objetividad o deslinde en su forma de aproximarse a su comportamiento problema; y promover que el cliente se establezca como co-terapeuta, e intentar fomentar un espíritu de cooperación y apertura a través del cual los clientes pueden aprender a visualizar su comportamiento adictivo como algo que hacen, en lugar de una indicación del como son. Al adoptar este abordaje objetivo y deslindable, los usuarios pueden librarse de

sentimientos de culpa y de la actitud defensiva que perjudicó la forma de percibir la problemática.

La técnica de auto-control busca enseñar al usuario aquellas respuestas que disminuyan la probabilidad de consumir de manera excesiva alcohol, ya que de acuerdo con Goldfried y Merbaum (1973) (citado en León, 1999), es un proceso, a través del cual un individuo llega a ser el principal agente en guiar, dirigir y regular aquellas características de su propia conducta que pueden llevar, eventualmente, a consecuencias positivas deseadas.

El componente principal que guía a las intervenciones breves de corte cognitivo-conductual, para modificar los hábitos adictivos, es el autocontrol, el cual consiste en un proceso, a través del cual, un individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su propio comportamiento, a fin de lograr un resultado positivo. En la instrumentación del proceso de autocontrol, se emplean estrategias específicas para manejar situaciones particulares de alto riesgo, debido al consumo excesivo de alcohol, así como estrategias globales para modificar estilos de vida dañinos (Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998).

Los elementos que de acuerdo a Marlatt (1985) deben de constituir un programa de auto-control para el mantenimiento del cambio conductual, son los siguientes:

- ❖ Debe probar ser efectivo en mantener el cambio conductual, después del tratamiento inicial, por periodos de tiempo clínicamente significativos.
 - ❖ Debe promover y mantener la adherencia del individuo a los requerimientos del programa, como registro diario, relajación, práctica de nuevas habilidades, etc.
 - ❖ Debe consistir en una mezcla de técnicas conductuales específicas (enseñanza de habilidades de afrontamiento, manejo de contingencias), procedimientos de intervención cognitivos (reestructuración cognitiva, imaginación dirigida) y modificación global de estilos de vida para incrementar la capacidad global para afrontar (ejercicio, inoculación de estrés).
 - ❖ Facilitar el desarrollo de la motivación y habilidades de toma de decisiones, a medida que ocurren los cambios que se desean durante la fase de mantenimiento.
 - ❖ Incluir procedimientos de intervención verbal y no verbal para proporcionar una mejor protección a las recaídas.
 - ❖ Debe reemplazar patrones de hábitos maladaptativos por conductas y habilidades alternativas propiciando que las actividades sustitutas proporcionen al individuo, por lo menos algunas de las consecuencias reforzantes que estaban asociadas con el viejo patrón.
- 1) Que permita al sujeto afrontar más eficazmente nuevas situaciones problemáticas, a medida que estas surjan, para reducir la probabilidad de recaídas (entrenamiento de solución de problemas, toma de decisiones efectivas, habilidades de comunicación y destrezas de asertividad), además de desarrollar programas de manejo del tiempo

libre y entrenamiento en relajación, que puedan incrementar la capacidad y energía del individuo para afrontar nuevas situaciones problemáticas.

- 2) Que enseñe formas nuevas y adaptativas para manejar experiencias de fracaso. Se debe intentar enseñar al usuario que las recaídas no son fracasos, sino errores que pueden darle información valiosa que le sirven para desarrollar estrategias de afrontamiento más efectivas.
- 3) El tratamiento debe de hacer uso de los sistemas de apoyo social con que cuenta el cliente para realizar la generalización de los efectos del tratamiento (familia, amigos, pareja, compañeros laborales, comunidad).

Feifel y Strack (1989) y Barry (1999) señalan que hay que trabajar con el cliente a ayudarlo a mantener la motivación y a identificar los problemas, monitoreando su compromiso para con el plan de tratamiento y las expectativas que tiene de seguir por la meta que se plantea; mantener un énfasis en las habilidades, fortalezas, y recursos usualmente disponibles. Por otro lado, considerar asesorías extras si así lo requiere el cliente, pero recordándole que al ser un tratamiento breve el debe de ser el responsable del mismo; así como también tratar cualquier razón que el cliente tenga para considerar dejar el tratamiento.

El terapeuta debe de continuar dando apoyo, retroalimentación, y asistencia en desarrollar metas realistas. También, debe ayudar a que el usuario identifique señales y situaciones que puedan poner en riesgo la continuidad de su meta, y que provoquen una pérdida del control y por consecuencia una posible recaída.

Un elemento que juega un papel importante en el autocontrol, es que si el usuario se ha mantenido abstinentes por un periodo de tiempo, esto le brindará una oportunidad para mejorar su salud física, sus habilidades cognitivas, su entorno social en general que le rodea, aumentando la auto-eficacia a cerca de sus habilidades para enfrentar la necesidad del consumo. Es importante, también, que el usuario considere esta meta especialmente antes de elegir un consumo moderado, durante el tratamiento y posterior al mismo (Sanchez-Craig, Wilkinson y Walker, 1987).

Para Sobell y Sobell (1990) un factor importante para apoyar, de manera eficaz, o por lo menos brindar herramientas de apoyo es llevar un control a partir de las actividades que se realizan en relación al consumo/no consumo; y un instrumento que ha demostrado un apoyo importante es el auto-reporte el cual permite conocer elementos predictores de consumo, fortalezas que evitan el consumo tanto internas como externas y las consecuencias posteriores al consumo/no consumo. Es importante apoyar este método de control con fuentes informativas cercanas que corroboren la información dada por el usuario y que de preferencia hayan sido seleccionadas por el mismo como su apoyo.

Independientemente de la meta que haya elegido el usuario en el tratamiento, sea moderación o abstinencia, Elal-Lawrence, Slade y Dwey (1986) comentan, que el control en el consumo, es el resultado de una relación congruente entre la aceptación del cliente de una expectativa de abstinencia o de moderación y de un buen estatus físico. La recaída es el resultado de una relación incongruente entre los siguientes factores: una historia fisiológica

pobre (p. ej. daño de hígado) y una falta de expectativas, creencias o experiencias en el logro de la moderación o de la abstinencia según sea la meta elegida en el tratamiento.

Shiffman (1989), por su parte comenta que los investigadores han intentado encontrar cuáles son las características que colocan en constante riesgo de recaída a un individuo o de aumentar la probabilidad de lograr la abstinencia o el consumo moderado que sería el ejercicio constante del auto-control. Existen tres tipos de variables que influyen en la recaída del uso y abuso de sustancias: (a) características personales permanentes (p. ej. severidad de la dependencia, personalidad, factores demográficos), (b) variables antecedentes (p. ej. apoyo social y de post-tratamiento, niveles generales de estrés, y funcionamiento ocupacional), y (c) precipitadores (p. ej. cambios rápidos, fenómenos transitorios, tales como eventos mayores de la vida).

XVI. BEBEDOR PROBLEMA

Un bebedor problema es aquel individuo que consume altas cantidades de alcohol de manera episódica pero explosiva, es decir su consumo excede las cuatro copas estándar en un tiempo mayor a cuatro horas poniendo en riesgo su salud e integridad física, incluyendo la de los demás; también presenta algunos síntomas de dependencia, (p. ej. síntomas de abstinencia y aumento de la tolerancia) además de presentar problemas de salud y sociales (Ayala et al., 1998).

Dentro del espectro de los bebedores problema se encuentran los llamados bebedores “riesgosos” o “peligrosos”, a quienes sus patrones de consumo los colocan en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol. De acuerdo con el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo, los hombres que beben 14 copas estándar por semana, o 4 copas por ocasión están en riesgo de incrementar problemas de salud relacionados con su consumo de alcohol. Para las mujeres y la gente de la tercera edad, 3 copas por ocasión o 7 copas a la semana son considerados como bebedores en riesgo. Sin embargo, cuantificar el consumo de alcohol y los riesgos en la salud es complejo dado la variabilidad de individuos, y existe una variación significativa entre las diferentes líneas que han sido sugeridas. Por lo tanto, los bebedores problema, constituyen un grupo heterogéneo. Aunque la mayoría de los bebedores problema no se convertirán en dependientes, siguen siendo una fuente de preocupación, debido a lo numerosos que son y los costos involucrados en atender su salud y los problemas sociales generados como consecuencia de su consumo (Modesto-Lowe y Boornazian, 2001). En el caso de México, el consumo de alcohol en hombres, si se excede de más de 12 copas estándar a la semana, o más de cuatro por ocasión y en las mujeres más de nueve copas estándar a la semana o más de tres por ocasión se considera que hay riesgo de desarrollar problemas de salud (Medina-Mora, 1993).

De acuerdo a Velasco (2001) un bebedor problema es definido “como aquel que bebe en exceso o que abusa del consumo de alcohol, y que presenta problemas relacionados con el consumo del mismo, en una o varias áreas de su vida”. Para que quede claro a lo que se refieren estos conceptos se han observado las siguientes características que identifican a estos sujetos son:

- ❖ Desde el punto de vista fisiológico, beber en exceso se refiere a consumir alcohol en una cantidad mayor al 20% de la ingestión calórica cotidiana.
- ❖ La alcoholización se presenta de forma aguda y frecuente.
- ❖ Los estados de ebriedad se vuelven complicados de reconocer. Lo que indica la aparición de la tolerancia fisiológica.
- ❖ Se ve afectada la vida familiar, laboral y social del consumidor.
- ❖ El daño a la salud física apenas es perceptible.

El Programa de Tratamiento de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema es un modelo cognitivo-conductual de intervención breve dirigido a personas que presentan niveles bajos y medios de dependencia al alcohol. Este programa consta de una sesión de admisión, una de evaluación, 4 sesiones de seguimiento. Estas actividades se centran en ayudar al usuario a tener logros, desarrollar habilidades para tomar decisiones dirigidas hacia el cambio de conducta deseada, establecer una meta de consumo que puede ser moderación o abstinencia la cual la elige el cliente, evaluar situaciones de alto riesgo que coloquen al cliente en situaciones de consumo excesivo, y desarrollo de habilidades para afrontar sus problemas ante el alcohol (Sobell y Sobell, 1993).

A continuación presentaré el método y el caso realizado.

XVII. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE AUTO-CAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA

MÉTODO

Objetivo General

Consiste en la aplicación del Modelo de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema en un usuario que consume alcohol de forma abusiva.

Objetivos Específicos

1) Disminuir el consumo de alcohol a cantidades moderadas (cuatro copas estándar por ocasión no más de tres días a la semana); 2) promover el logro de dicha meta a partir del desarrollo de habilidades cognitivo-conductuales; 3) promover y aumentar la auto-eficacia y la confianza situacional a través del control prevención de situaciones que pongan en riesgo al usuario de romper su meta previniendo recaídas.

Variables

Variable independiente: Aplicación del Programa de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema.

Variable dependiente: Los cambios que muestra el usuario: en disminución del consumo a niveles de moderación.

El modelo de Autocambio Dirigido para Bebedores Problema se conforma de una sesión de admisión, una sesión de evaluación, cuatro sesiones de tratamiento, y si el usuario lo requiere de dos o tres sesiones adicionales. Finalmente de cuatro sesiones de seguimiento al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año de finalizado el tratamiento. Más adelante se especifican las características de las cuales consta cada una de las sesiones y el objetivo de las mismas.

Los criterios de inclusión para entrar al Programa de Autocambio dirigido para Bebedores Problema son:

- 1) Ser mayor de 18 años
- 2) Que sepa leer y escribir
- 3) Que aún mantenga redes de apoyo social como familia, trabajo, escuela, amistades, etc.
- 4) Que su consumo no exceda las 30 copas por semana
- 5) Que no presente daño orgánico severo como daños hepáticos o neurológicos
- 6) Que no haya estado en tratamientos previos por su consumo de sustancia
- 7) Que la sustancia de consumo principal sea el alcohol

INSTRUMENTOS

- ❖ Entrevista Conductual (Ayala et al., 1998).

Estructurada por 50 reactivos con lo cuales se obtiene la edad, sexo, situación familiar y de vivienda; salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol, historia de consumo de drogas, consumo de tabaco y consecuencias adversas al uso de sustancias (forma de consumo, frecuencia y cantidad de consumo).

- ❖ Subescala de Pistas, parte A y B, tomada de la batería Halstead-Reitan, con el objeto de valorar daño orgánico como consecuencia del consumo de la sustancia.

La prueba A tiene un tiempo de 60 segundos para desarrollarse y consiste en unir de manera ascendente los 25 números encerrados en un círculo cada uno sin despegar el lápiz del papel; previo hay un ejercicio de muestra para que el usuario practique y entienda el procedimiento correcto de la prueba. La prueba B consta de un tiempo de 120 segundos para desarrollarse, la cual consiste en unir de manera ascendente números y letras encerradas en un círculo respectivamente hasta completar las doce letras y los trece números. Si el usuario termina en el tiempo prescrito por la prueba no se considera que exista daño orgánico, si termina más allá de ese tiempo se considera posible daño orgánico debido al consumo de sustancia tóxicas. Cabe mencionar que si en el tiempo reglamentario no ha terminado el usuario de hacer la prueba no se le detiene y se marca el tiempo en el que terminó.

- ❖ Escala Breve de Dependencia al Alcohol (BEDA) (Davidson y Raistrick, 1986).

Dicha escala tiene como objetivo evaluar el estado de consumo presente de alcohol. Así mismo evalúa cambios conductuales, subjetivos y psicobiológicos asociados con la dependencia al alcohol. Esta prueba consta de 15 reactivos, presenta una confiabilidad test retest de 0.92. Las respuestas son de tipo Likert con las opciones de: nunca, algunas veces, frecuentemente, casi siempre. El usuario debe ubicarse dentro de la dependencia baja o media para ser considerado dentro del tratamiento.

La calificación de la escala es como sigue: se suma el puntaje total obtenido y el resultado se ubica dentro de los rangos siguientes (Tabla 12):

TABLA 12. Rangos de Dependencia del BEDA

Puntaje BEDA	Rango
1-9	Dependencia Baja
10-19	Dependencia Media
20 en adelante	Dependencia Severa

- ❖ Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA) (Annis, Graham y Davis, 1987).

Es una prueba cuyo objetivo es el de conocer y medir las situaciones principales en las que el individuo tuvo un consumo excesivo de alcohol. Consta de 100 reactivos con un tipo de

respuesta Likert. El ISCA comprende dos áreas de situaciones de consumo de alcohol las cuales a su vez engloban ocho componentes y que son los siguientes:

1. Situaciones Personales: Estas se refieren a circunstancias en las que el usuario responde de manera individual a un evento físico o psicológico:

- ❖ Emociones Desagradables.
- ❖ Malestar Físico.
- ❖ Emociones Agradables.
- ❖ Probando Autocontrol.
- ❖ Necesidad Física.

2. Situaciones que Involucran a Terceras Personas: Estas se refieren a eventos en los cuales la influencia del medio que le rodea y su relación con este promueve el consumo de sustancias alcohólicas.

- ❖ Conflicto con Otros.
- ❖ Presión Social para Beber.
- ❖ Emociones Agradables con Otros.

El procedimiento para calificar el ISCA se muestra en la Tabla 13:

TABLA13. Forma de Calificación del ISCA

Puntaje	Calificación
Respuesta de "1"	0
Respuesta de "2"	1
Respuesta de "3"	2
Respuesta de "4"	3

Fuente: Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998).

Lo que a continuación procede es calcular los ocho puntajes correspondientes a las ocho sub-escalas, se obtiene el índice del problema al dividir cada sub-puntaje obtenido entre el sub-puntaje máximo posible en esa sub-escala multiplicado por 100:

$$\text{Índice del Problema} = \frac{\text{Suma del Puntaje de la Sub-escala} \times 100}{\text{Puntaje Máximo Posible}}$$

TABLA 14. Cálculo del puntaje de índice del problema de las distintas sub-escalas

Sub-escala	Índice del Problema
1. Emociones Desagradables	(Suma/60) x 100
2. Malestar Físico	(Suma/30) x 100
3. Emociones Agradables	(Suma/30) x 100
4. Probando Autocontrol	(Suma/30) x 100
5. Necesidad Física	(Suma/30) x 100
6. Conflicto con Otros	(Suma/60) x 100
7. Presión Social para Beber	(Suma/30) x 100
8. Emociones Agradables con Otros	(Suma/30) x 100

Fuente: Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998).

La interpretación de la escala del problema es el siguiente:

TABLA15. Guía de Interpretación de la Escala del Problema

Puntaje	Interpretación
0	Bajo Riesgo: El cliente nunca bebió en exceso, durante el año pasado en estas situaciones. Son situaciones que no son de riesgo para el cliente.
1-33	Riesgo Moderado: El cliente algunas veces bebió en exceso en estas situaciones, durante el año pasado. Situaciones de este tipo presentan riesgo moderado para el cliente.
34-66	Alto Riesgo: Durante el año pasado, el cliente frecuentemente bebió en exceso en estas situaciones. Este tipo de situaciones presentan un alto riesgo para el cliente
67-100	Muy Alto Riesgo: El cliente muy frecuentemente bebió en exceso en estas situaciones, durante el año pasado. Situaciones de este tipo presentan un gran riesgo para el cliente.

Fuente: Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1998).

❖ Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) (Annis et al., 1987).

Este cuestionario tiene como objetivo el evaluar el concepto de autoeficacia (Bandura, 1999) que el sujeto posee al momento de enfrentar situaciones de riesgo que lo llevan a beber en exceso. La versión utilizada consta de ocho reactivos. La respuesta de cada uno se da en porcentajes, los cuales van de 0% que se refiere a inseguro de resistirse en ese momento a consumir alcohol, hasta 100% seguro de la capacidad para resistirse a beber en exceso bajo esas circunstancias.

Las escalas que mide son:

1. Emociones Desagradables
2. Malestar Físico
3. Emociones Agradables
4. Probando Auto-control
5. Necesidad Física
6. Conflicto con Otros
7. Presión Social para Beber
8. Emociones Agradables con Otros

❖ Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

Sirve para medir el patrón de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento (Ayala et al. 1998).

El procedimiento para aplicar este instrumento consiste en que el cliente registre de manera retroactiva a partir del día anterior a la entrevista hasta un año atrás el consumo de bebidas alcohólicas que ha tenido, basándose en un calendario en donde anotará las copas estándar que haya consumido por día durante este periodo de tiempo. Para facilitar la realización de esta prueba se le dice al usuario que recuerde fechas importantes como son cumpleaños, días festivos, y los días que frecuentemente consume.

La conversión de copa estándar es la siguiente:

1 copa estándar = 13.5g de alcohol puro o etanol

- Cerveza = 5% vol. en 341ml
- Vino = 12% vol. en 142ml
- Destilados (Ginebra, Ron, Whisky, Brandy, Tequila, Mezcal) = 40-50% en 43ml

TABLA 16. Describe la equivalencia de copas por medida.

TIPO DE BEBIDA	TRAGO ESTÁNDAR
1 Cerveza de lata	1 Copa
1 Caguama	3 Copas
1 Botella de destilados de 1/4	6 Copas
1 Botella de destilados de 1/2	12 Copas
1 Botella de destilados 3/4	17 Copas
1 Botella de destilados de 1Lt.	22 Copas
1 Botella de vino 3/4	5 Copas
1 Botella de vino de 1.14 L	8 Copas

❖ AUTO-REGISTRO

El auto-registro es una herramienta que se le da al usuario a partir de la sesión de evaluación la cual tiene como objetivo poder registrar los días de consumo y abstinencia y así establecer un patrón de consumo que ayuda a observar bajo que circunstancias ha tomado o no durante el tratamiento, además de monitorear su consumo, permite al usuario detectar situaciones de riesgo y de seguridad a partir del mismo, junto con el apoyo de sus lecturas.

El auto-registro consta de una serie de características para su llenado correcto que a continuación se describen; además de consejos y sugerencias que apoyan al usuario para que día con día le ayuden a mantener la meta que se planteó.

Los consejos para un consumo moderado que se sugieren son:

- ❖ Estar bien descansado, relajado y sin presiones.
- ❖ Saciarse antes de empezar a consumir alcohol.
- ❖ Haber comido antes de consumir.
- ❖ Botanear mientras consumo.
- ❖ Tomar una copa por hora.
- ❖ Dejar pasar 20 minutos antes de consumir la siguiente copa, pensando si realmente quiero la siguiente.
- ❖ Poner el vaso lejos de mi alcance.
- ❖ Estar en un lugar seguro.
- ❖ Tomar como máximo 4 copas estándar.

Además de estos elementos de apoyo se le dice al usuario que si el puede proponer otras sugerencias que le puedan ayudar a no consumir o hacerlo de manera moderada de acuerdo a su experiencia, los puede incorporar.

El llenado es el siguiente:

Terapeuta	No. De Expediente
-----------	-------------------

Día	Consumo	# de copas por tipo de bebida	# total de copas	Situación Relacionada	Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
-----	---------	-------------------------------	------------------	-----------------------	---

Mes y día	1-Sí 2-No 3-No necesidad	Cerveza	Destilados	Vino	Si consume Es 0	no	Situación Relacionada		1	2
							S O L O	O T R O S		

1. Lugar Público 2. Lugar Privado

❖ **Lecturas**

Se le dan al usuario tres lecturas y los ejercicios a realizar en las tres primeras sesiones del tratamiento con el objetivo de que estas le sirvan de apoyo para lograr su meta.

Diseño

Caso único ABC

A = Línea Base Retrospectiva

B = Periodo de Intervención

C = Seguimiento

Procedimiento

Se aplicó el Programa de Auto-cambio Dirigido para Bebedores Problema (Ayala et al. 1998). El caso que se presenta se aplicaron las sesiones de admisión, evaluación y las cuatro sesiones del tratamiento y un seguimiento vía telefónica debido a que el usuario se fue a radicar a Guadalajara, Jalisco.

En seguida se describe el procedimiento que se llevó en cada sesión; y posteriormente se presenta el caso en cuestión.

SESIÓN DE ADMISIÓN

Actividades a Realizar:

- ❖ Recepción del usuario.
- ❖ Motivo de consulta.
- ❖ Etapa de disposición al cambio (pre-contemplación, contemplación, determinación, mantenimiento y recaída).
- ❖ Recolección de información (patrón de consumo).
- ❖ Aplicación de la Escala Breve de Dependencia al Alcohol.
- ❖ Aplicación de la prueba de Pistas.
- ❖ Explicación del modelo (número de sesiones, objetivos a cubrir durante el tratamiento y se le explica de forma sencilla sus fundamentos teóricos).
- ❖ Firma del formato de consentimiento.
- ❖ Se programa la sesión de evaluación.

El desarrollo de esta primera cita se da de la siguiente manera: El usuario se presenta puntual a su cita, salgo a recibirlo estableciendo un clima de confianza saludándolo de mano e indicándole el camino para pasar a un cubículo. Le pregunté si le fue complicado llegar. Una vez instalados le pregunté su motivo de consulta. El usuario me refirió que desea dejar de beber ya que le ha generado últimamente diversos problemas, principalmente con su esposa con quien discute por llegar tarde y en estado de ebriedad. También le ha ocasionado problemas con amistades ya que ha tenido discusiones con estos estando tomado, lo que ha provocado se distancien de el. Lo mismo le ha sucedido con algunos familiares. En su trabajo dijo que si bien en ocasiones el beber le trae como consecuencia cerrar un buen negocio, muchas veces el

exceso en el consumo le hace que el trato que hace con los clientes queda un tanto confuso, además de que considera se pierde como el respeto y la línea entre cliente y servidor. Se escucha atentamente su situación. Se procede a explicarle en que consiste el tratamiento, aclarando dudas. Se aplican los instrumentos programados para esta sesión. Durante la sesión se observa al usuario tranquilo, con disposición a dar la información requerida, sin manifestarse defensivo. Suele minimizar las consecuencias del consumo de alcohol, pero al mismo tiempo muestra conciencia de lo que le está sucediendo y su deseo de que no se agrave más la situación. Se le brinda confianza en la efectividad del tratamiento, haciéndole énfasis de la importancia de su constancia y compromiso para garantizar el éxito del mismo. Se va estableciendo una alianza terapéutica y se promueve la adherencia al tratamiento, a partir de hablarle con claridad y seguridad. También se promueve la motivación al cambio explicándole los beneficios y ventajas que tiene el hacerse cargo de su salud a partir de su decisión de atenderse. Se establece el encuadre mencionándole horario, puntualidad, lugar de atención, honorarios y forma de pago, confidencialidad de la información que brinda, si no acude llamará para sacar nueva cita, o llamar antes para cancelar y reprogramar. En mi caso también procede llamarle para reprogramar si me fuera imposible atenderle. Por último le recuerdo brevemente la duración del proceso. Le indico la fecha y hora de su próxima cita y lo despido.

SESIÓN DE EVALUACIÓN

Actividades a Realizar:

- ❖ Aplicación de la entrevista inicial.
- ❖ Aplicación del cuestionario Inventario Situacional de Consumo de Alcohol (ISCA).
- ❖ Aplicación del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS).
- ❖ Se le explica al usuario el concepto de copa estándar
- ❖ Aplicación de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE).
- ❖ Se le entrega y explica el auto-registro.
- ❖ Se entregó la primera lectura para la sesión número 1. El objetivo de estas primeras lecturas es establecer un balance decisional entre los costos y beneficios de seguir consumiendo y los costos y beneficios de cambiar su consumo (moderación o abstinencia), así mismo realizar un primer establecimiento de metas que abarca la duración del tratamiento de 3 sesiones, posteriormente en la sesión 3 se realiza un nuevo establecimiento de metas para los seguimientos. Este establecimiento de metas consiste en que el usuario decidirá cual será su patrón de consumo (cantidad de copas estándar y días de consumo. Esto en el caso que opte por el consumo moderado) y si opta por la abstinencia durante el tratamiento no se considera aplicar patrón de consumo. Es importante considerar que la opción que elija el cliente sea analizada detenidamente por el terapeuta y el usuario para establecer metas realistas, objetivas que puedan garantizar el éxito del tratamiento. Por último, se le preguntó que tan confiado se siente de lograr su meta y que tan importante con respecto a otras actividades es lograr su meta. Esto permite al usuario y al terapeuta observar su auto-eficacia, su motivación al cambio y su locus de control interno y externo.

El desarrollo de esta sesión se da con la llegada retrasada del usuario. Lo saludé de mano, lo invité a pasar al cubículo, le invité a tomar asiento, me pide una disculpa por el retraso y yo le recordé el encuadre, enfatizando la importancia que tiene la puntualidad. Se procedió con la explicación y aplicación de cada uno de los instrumentos apoyándolo si es necesario en dudas que tenga tanto en la realización como en el entendimiento de algún concepto. Al finalizar la evaluación, le entregué el auto-registro y le expliqué la importancia de su llenado, le indiqué que lo tiene que entregar la siguiente sesión con los datos requeridos haya o no consumo. Le mencioné que la siguiente sesión le entrego los resultados de la evaluación explicándole la importancia que tienen los datos para fortalecer su decisión de cambio, así como que nos va a permitir conocer sus áreas de riesgo y de protección. En este sentido se establecerá el tratamiento más adecuado a sus necesidades. Le anoté su siguiente cita y se le despidió de mano.

SESIÓN 1

Actividades realizadas:

- ❖ Se le preguntó al usuario si hubo consumo, si así fue se pregunta, la cantidad, en que tiempo, dónde, con quien y bajo que condiciones físicas y emocionales. Si no lo hubo se explora si hubo o no necesidad de hacerlo y porque. Esto nos permite conocer a ambas partes situaciones de riesgo de consumo explosivo, moderado o bajo que nos permitan desarrollar herramientas que faciliten el desarrollo y éxito del tratamiento a través del auto-registro.
- ❖ Discutir las razones de cambio que haya establecido en cuanto al balance decisional. Esto permitirá fortalecer sus metas tanto dentro del tiempo que dure su tratamiento como a corto, mediano y largo plazo. También permite establecer en que etapa del cambio se encuentra, motivarlo a moverse y fortalecer las etapas de acción y determinación. Se hace énfasis en los aspectos positivos del consumo moderado y la abstinencia, y por el contrario se hacen evidentes los riesgos a corto, mediano y largo plazo de seguir consumiendo de una manera problemática.
- ❖ Se revisó de forma conjunta el establecimiento de metas donde se analizaron la viabilidad de la meta escogida, se motivó de forma constante sus metas, reforzando las conductas que permiten cumplirlas y por otro lado si ocurre una recaída se le hace saber al sujeto que es parte del proceso de aprendizaje y que esto solo se tiene que ver como una experiencia que nos arroja datos importantes sobre cuales son las situaciones de riesgo y de protección, que hay que estar alertas y aprender a detectarlas con antelación, y sobre todo motivarlo a seguir adelante a partir de reconsiderar si las metas propuestas son viables y si no es así, podemos hacer ciertas modificaciones, recordando la copa estándar, el número de copas permitidas y los días de consumo.
- ❖ Se discutió en conjunto su compromiso y disposición para cambiar. Esta actividad se realiza de forma motivacional, buscando moverlo a etapas de determinación y acción, aclarando dudas y recordando que, el consumo se dé bajo condiciones de no riesgo.
- ❖ Se le entregaron la lectura 2 y la tarea 2.

El desarrollo de esta sesión se dio como sigue: El usuario acude puntual a su cita se le invita a pasar y sentarse, se revisa el auto-registro, no hubo consumo y refiere tampoco tuvo deseos de consumir, a pesar de que no faltó oportunidad de hacerlo, ya sea con un familiar,

un amigo que visita su trabajo o con algún cliente de confianza. Se trabajó el ejercicio de balance decisional donde se observó que los intereses de bienestar familiar, mejor salud, y menor gasto económico son una prioridad. En contraste, ve dejar el consumo como pérdida de interacción social y dificultad para relajarse. Se le mencionó que para afrontar de forma efectiva el estrés se puede hacer realizando alguna actividad deportiva, actividades recreativas individuales y/o acompañado, si lo hace con su pareja y/o hijos favorece el fortalecimiento de sus vínculos con estos, lo cual trae beneficios a el y a los que le rodean, cumpliéndose al mismo tiempo otro de sus objetivos por los cuales considera es un beneficio dejar de beber. En cuanto a su establecimiento de metas elige la abstinencia. Observé que, aunque dice que seguirá la abstinencia como meta durante las próximas 3 semanas; escribe en sus metas que bajo ciertas circunstancias tomará no más de tres copas estándar. A lo cual yo le comenté que no procede tal condición puesto que eligió la abstinencia, a no ser que desee cambiar de opinión. Refiere que “no”, por lo que se mantiene en su decisión de abstinencia. Le hablé de los beneficios de su decisión, motivando a que continúe así, y recordándole cuales son sus situaciones de riesgo a partir de los datos que arrojaron el CCS y el ISCA, para que no pierda de vista donde debe estar con mayor precaución. Le entregué su segunda lectura y le explico como realizar la tarea 2. Le anoté su siguiente cita, y lo despido.

SESIÓN 2

Actividades realizadas:

- ❖ Se le preguntó al usuario si hubo consumo siguiendo el formato de la primer sesión, si así fue, se pregunta sobre las condiciones en que lo hizo, cantidad, en que tiempo, dónde, con quien y bajo que condiciones físicas y emocionales. Se revisó de manera conjunta la lectura de la Montaña de la Recuperación y de manera motivacional se explicó que en el proceso de aprendizaje se cometen errores pero que lo importante es seguir adelante hasta lograr eliminar las conductas no deseadas a partir de un análisis exhaustivo de cuales son las situaciones que pueden provocar que no cumplamos nuestros objetivos pero también cuales fortalecen el cumplimiento de nuestras metas.
- ❖ Se discutió la tarea 2 que consiste en establecer 3 situaciones de riesgo explicándolas de forma breve pero concisa, analizando los detonadores internos y externos, analizando las consecuencias a corto y largo plazo, analizando las ventajas y desventajas de esas experiencias. El ejercicio se realizó escribiendo la primera situación más conflictiva, la segunda y la tercera de acuerdo al punto de vista del usuario. Con este ejercicio se permite establecer las situaciones bajo las cuales el sujeto debe de estar alerta para evitarlas en el futuro próximo y lejano, así como dar la pauta para realizar el ejercicio de la siguiente sesión.
- ❖ Se le proporcionó al usuario la tarea 3 y la lectura 3.

El desarrollo de la sesión se dio de la siguiente manera: El usuario acude puntual a su cita, lo invite a pasar y que tome asiento. Revisamos el auto-registro reportando que no cumplió con su meta de abstinencia, habiendo bebido tres copas estándar, siguiendo las indicaciones de consumo moderado, como son, que le dure un promedio de una hora cada copa estándar, dejó espacios de 10 minutos entre copa y copa. Aquí le mencioné que preferente dejar espacios de 20 minutos. Refirió que no perdió el control en ningún

momento, no se quedó con deseos de continuar bebiendo. Le recordé que su meta es la abstinencia, por lo que es importante retome su compromiso para el transcurso de la siguiente semana. Revisamos la lectura y le explico que el cambio pasa por un proceso de aprendizaje de ensayo y error, donde cuando no se cumple el objetivo como es planeado, como le sucedió en la semana que pasó, lo que se hace es, revisar lo que se hizo, y conocer de esta forma porque no se cumplió con la meta. Se enfatiza que es un área de oportunidad y no un fracaso el no lograr la meta, ya que se aprende de los errores cometidos. En este caso su consumo se dio por estrés laboral, a lo cual le recuerdo las alternativas que puede aplicar para afrontar de manera efectiva el estrés. Trabajamos el ejercicio 2 analizando las tres situaciones de consumo excesivo que con mayor frecuencia se le presentan, y a su vez son de mayor riesgo para que consuma alcohol en exceso. En cada una de estas situaciones le oriento a ser concreto, tanto en la situación que plantea, como en la opción más adecuada para afrontar la situación de riesgo. Hice énfasis en que la estrategia que elija debe de ser realista y de fácil aplicación para el, ya que así le es más accesible lograr el cambio y hacerlo de manera más sólida. Finalizo dándole la tercera lectura y su ejercicio para la siguiente sesión. Le recuerdo su meta, y el llenado del auto-registro. Anoto su siguiente cita en su carnet y lo despido.

SESIÓN 3

Actividades a Realizar:

❖ Se le pregunta al usuario si hubo consumo. Se revisa conjuntamente la lectura 3 donde de forma sencilla se explica que todos los días y para cualquier actividad uno toma decisiones, así que para la situación del manejo en el consumo de alcohol se hace lo mismo. Después se analizan cada solución u opción para cada situación de riesgo. Las soluciones propuestas se deben de caracterizar por ser claras, concisas, objetivas, no complicadas o muy elaboradas para evitar confusiones y desánimos. El usuario orientado de manera motivacional por el terapeuta, establecerá las tácticas de afrontamiento que sean más convenientes para fortalecer y garantizar de manera amplia el éxito del tratamiento. Para ello el terapeuta se podrá apoyar de ensayos cognitivos donde a partir de un juego de roles se ponga en práctica la solución propuesta por el usuario permitiendo visualizar en el ejercicio las fortalezas y riesgos de cada una de las soluciones propuestas para cada situación.

❖ Le proporcioné el segundo establecimiento de metas recordándole cuales son sus objetivos a corto, mediano y largo plazo, motivándolo a partir de la experiencia que ha tenido a lo largo de las sesiones de tratamiento y responsabilizándolo del buen camino que pueda seguir teniendo su proceso de cambio a partir de estar alerta ante cualquier situación de riesgo interna y/o externa que puedan afectarlo. Se le proporciona también el formato de sesiones adicionales en caso que el usuario considere necesario tenerlas, pero también se le recuerda que es un tratamiento motivacional donde el es el principal motor de cambio.

El desarrollo de la sesión se dio como sigue: Se inicia la sesión con la recepción del usuario, se le invita a pasar y tomar asiento. Revisamos su auto-registro, observando que nuevamente rompió su meta planteada de abstinencia. El usuario refirió que estaba de viaje

por cuestiones de trabajo en Puerto Vallarta. Comentó que el día que llegó bebió cuatro cervezas de media a lo largo de ocho horas. Me dijo “estaba acompañado de mi esposa, me sentía muy bien, hacía mucho calor. En ningún momento sentí que perdí el control, ni tuve ganas de seguir bebiendo como antes”. Le pregunté sobre su consumo del segundo día el cual excedió el consumo moderado. Me refiere que bebió las seis cervezas de media tomando la primera a las 11am, continuó bebiendo espaciando su consumo en lapsos de una hora entre cada cerveza. Se tomó la última cerveza a las 2am. Se observa que su consumo aunque es considerado por encima de lo que se estima como moderado, por la manera como espació el consumo no hubo un exceso, ya que le dio tiempo a su cuerpo de metabolizar adecuadamente el alcohol ingerido, sin perder el control. También se observa que no hubo consumo para afrontar el estrés de esta manera, tampoco por enojo o presión social. El refiere que al sentirse en un clima cálido, un ambiente agradable y en compañía de su esposa, su decisión de tomar fue por goce, pero sin buscar sentir los efectos embriagadores, ni desear continuar bebiendo. Le hice la observación que también violó la indicación de no beber en días consecutivos, a pesar de que estuvo controlado el consumo. Pasé a explicarle la función que juega la toma de decisiones, en lo que compete a la conducta de consumir alcohol y decidir hacerlo en exceso o no es parte de las decisiones que deben ser planeadas pensando los costos y beneficios que tiene cada opción. Realizamos un ensayo conductual donde en un juego de roles primero yo soy el usuario, y el su hermano. El ejercicio consistió en un ofrecimiento de beber por parte del hermano durante horas de trabajo cuando están tomando decisiones importantes. Le muestro como de manera asertiva se puede rechazar el consumo, haciendo énfasis en un “NO” contundente, explicando los costos de beber en ese momento, y también aclarando que al terminar la actividad laboral le acepta tomar una cerveza y que al usuario le quede claro que en ese momento el se plantea la meta de al finalizar esa cerveza se retira a su casa, aduciendo cansancio y compromisos familiares. Volvemos a hacer el ejercicio, pero ahora el usuario es el mismo y yo su hermano. Le doy una retroalimentación de cómo se manejó ante la propuesta, lo invito a que siga ensayando esta estrategia siendo más firme en sus palabras, pero sin ser grosero, para que así el tampoco se sienta mal. Al finalizar el ejercicio hacemos el replanteamiento de su meta, donde el usuario establece ahora como meta el consumo moderado, estableciendo las condiciones bajo las cuales va a consumir y cuando no es conveniente, tomando en cuenta las situaciones de riesgo. Dentro de sus opciones le refiero que la quinta copa ya está fuera del consumo moderado, recordándole del riesgo de que si no realiza sus consumos con las condiciones de seguridad ya indicadas puede excederse, y vivir los problemas que ya conoce le ha causado el alcohol. También le mencioné que aunque considera beber si está muy tenso, no es recomendable, ya que es de riesgo en su caso y eso lo puede llevar a excederse, por lo que debe de seguir explorando alternativas para afrontar el estrés de forma no asociada al consumo como es el deporte, la lectura, alguna terapia ocupacional. Esto se le recuerda al usuario su responsabilidad y compromiso para consigo mismo es darse a la tarea de encontrar y realizar actividades que le sean satisfactorias, ya que tampoco se trata de que haga algo que no le agrada, y esto sea el pretexto ideal para volver a consumir. Se finalizó la sesión anotándole su cita en el carnet, despidiéndome de el.

SESIÓN 4

Actividades a Realizar:

- ❖ Se le preguntó al usuario si hubo consumo siguiendo el mismo procedimiento. Revisamos el nuevo establecimiento de metas, se compara con el primero, se exploró la confianza para lograr este nuevo establecimiento, así como la viabilidad de las mismas, cumpliendo con los requisitos de que sean claras, concisas, reales y objetivas; además de estar alerta ante las situaciones de riesgo recordando los ejercicios realizados durante el tratamiento. En este sentido se debe hacer énfasis que estas metas propuestas (abstinencia o moderación "no más de cuatro copas por ocasión, no más de tres días a la semana, dejando días de abstinencia, tomar agua entre copa y copa, botanear, dejar pasar 20 minutos por cada copa y beberlo en una hora cada uno para permitir al cuerpo metabolizarlo") ahora tendrán que ser visualizadas a corto, mediano y largo plazo, recordando que la siguiente sesión será dentro de un mes en dado caso que no haya solicitado sesiones de apoyo.
- ❖ Se hizo un resumen del desarrollo del cliente durante el tratamiento y con base a este se sugiere si el usuario necesita o no sesiones adicionales, recordándole que al ser motivacional el tratamiento solo si el lo considera se le proporcionarán. Se le aplicaron al usuario las sesiones de evaluación del tratamiento con el objetivo de establecer el desempeño del terapeuta en cuanto a la adherencia al tratamiento.
- ❖ Se le da cita para el siguiente mes.

El desarrollo de la sesión se dio como sigue: Acude puntual a su cita, se revisa el auto-registro. Se le felicita por cumplir con su meta propuesta. Refirió que bebió dos cervezas, controlando el consumo con tiempo. No se quedó con deseos de continuar bebiendo, ni los demás días tuvo deseos de beber, a pesar de que las oportunidades no faltan. Se compara este nuevo planteamiento de metas con el anterior, observando que es más realista. Le enfatizo la importancia de que no pierda de vista cuales son sus motivaciones, recordándole el balance decisional. Lo felicité por lograr su objetivo de cumplir su tratamiento en términos generales de forma satisfactoria. El usuario no considera necesitar sesiones adicionales, yo coincido en ello. Le digo que nos vamos a ver en un mes para el seguimiento. Le recuerdo que debe continuar con el llenado del auto-registro. Comento que si a lo largo de este tiempo surge una situación que lo ponga en riesgo de consumo excesivo, o si llega a tenerlo, se comunique inmediatamente conmigo para adelantar la cita. Le anoto su cita en el carnet, lo despido.

SESIONES DE SEGUIMIENTO

Actividades realizadas:

- ❖ Se exploró el o los motivos por los cuales el usuario considera pertinente prolongar el tratamiento y de acuerdo a las áreas que mencione le hacen falta reforzar se trabaja. Se le recordó que él es el responsable de su tratamiento y bajo las metas que el establezca se fortalecerán las habilidades requeridas para mantener la meta que haya elegido.

No se puede llevar a cabo la cita de seguimiento de forma física, ya que en el transcurso del mes el usuario se fue a vivir a Jalisco. Se comunicó por teléfono conmigo desde allá para decírmelo. Tomé la decisión en ese momento de hacer el seguimiento, refiriéndome dos días no consecutivos de consumo, cumpliendo con la meta que se propuso. Lo felicito y le recuerdo seguir así. Refirió no haberse quedado con deseos de continuar consumiendo.

Se pierde contacto con el debido a la distancia. El me dijo que se comunicaría conmigo en un mes. Le pedí un número telefónico donde localizarlo, me dijo que por el momento no tenía y que por ello el estaría llamándome. Esto ya no sucedió por lo que hasta esta sesión llegó el tratamiento.

SESIONES DE SEGUIMIENTO A UNO Y TRES MESES

Actividades a Realizar:

- ❖ Se le pregunta al usuario si hubo consumo, se recoge el formato de solicitud de sesiones anteriores, explorando si hay o no la necesidad y porque, además de recordarle que es un tratamiento motivacional.
- ❖ Revisar conjuntamente el segundo establecimiento de metas, lo comparan con el primero, se explora la confianza para lograr este nuevo establecimiento, así como la viabilidad de las mismas, cumpliendo con los requisitos de que sean claras, concisas, reales y objetivas; además de estar alerta ante las situaciones de riesgo recordando los ejercicios realizados durante el tratamiento. En este sentido se debe hacer énfasis que estas metas propuestas (abstinencia o moderación "no más de cuatro copas por ocasión, no más de tres días a la semana, dejando días de abstinencia, tomar agua entre trago y trago, batanear, dejar pasar 20 minutos por cada trago y beberlo en una hora cada uno para permitir al cuerpo metabolizarlo") ahora tendrán que ser visualizadas a corto, mediano y largo plazo, recordando que la siguiente sesión será dentro de un mes en dado caso que no haya solicitado sesiones de apoyo.
- ❖ Se discute con el usuario que más requiere para mantener el cambio o lograr su meta. En este sentido es importante considerar que por el tiempo transcurrido hay aspectos de las diversas esferas de la vida del cliente que quizá hallan cambiado y que puedan afectar de forma directa el cumplimiento de sus metas, así que el discutirlos, hacer ensayos conductuales o replantear metas será importante, así como visualizar nuevos detonadores internos o externos que pongan en riesgo su estabilidad.
- ❖ Se hace un resumen del desarrollo del cliente durante el tratamiento y con base a este se sugiere si el usuario necesita o no sesiones adicionales, recordándole que al ser motivacional solo si el lo considera se le proporcionarán. Así mismo se le dice que habrá llamadas telefónicas de supervisión al primer mes y al tercero después de la última sesión.
- ❖ Se le aplican al usuario las sesiones de evaluación del tratamiento.

SESIÓN DE SEGUIMIENTO A SEIS MESES

Actividades a Realizar:

- ❖ Se le pregunta al usuario si hubo consumo, se discute con el usuario que más requiere para mantener el cambio o lograr su meta. En este sentido es importante considerar que por el tiempo transcurrido hay aspectos de las diversas esferas de la vida del cliente que quizá hallan cambiado y que puedan afectar de forma directa el cumplimiento de sus metas, así que el discutirlos, hacer ensayos conductuales o replantear metas será importante, así como visualizar nuevos detonadores internos o externos que pongan en riesgo su estabilidad.
- ❖ Se hace un resumen del desarrollo del cliente durante el tratamiento y con base a este se sugiere si el usuario necesita o no sesiones adicionales, recordándole que al ser motivacional solo si el lo considera se le proporcionarán. Así mismo se le dice que habrá llamadas telefónicas de supervisión al primer mes y al tercero después de la última sesión.
- ❖ Se realiza una entrevista al colateral, con el objetivo de verificar si se ha cumplido con las metas y si no es así saber porque, discutirlo con el cliente, restablecer metas o si es necesario establecer sesiones de apoyo bajo la petición del cliente y como sugerencia del terapeuta.
- ❖ Aplicación del LIBARE, para establecer el patrón de consumo de los últimos seis meses.

SESIÓN DE SEGUIMIENTO A UN AÑO

Actividades a Realizar:

- ❖ Se le pregunta al usuario si hubo consumo, se realiza una entrevista al colateral, con el objetivo de verificar si se ha cumplido con las metas y si no es así saber porque, discutirlo con el cliente, restablecer metas o si es necesario establecer sesiones de apoyo bajo la petición del cliente y como sugerencia del terapeuta.
- ❖ Se aplican los instrumentos de la sesión de admisión y evaluación LIBARE, BEDA, PISTAS, CCS, GGT, VCM y HDL.
- ❖ Revisión de estrategias utilizadas en este último año, reforzar las conductas positivas de forma motivacional que han permitido cumplir con las metas, así como analizar las situaciones de riesgo y establecer estrategias que permitan manejarlas adecuadamente.

ESTUDIO DE CASO TÍPICO

Historia de Consumo

- ❖ Inicio de tratamiento 29 de Septiembre de 2003
- ❖ Sexo: Masculino
- ❖ Edad: 40 años cumplidos
- ❖ Escolaridad: 1ro. de secundaria concluido
- ❖ Sustancia de preferencia: Alcohol (Cerveza y destilados)
- ❖ Inicio de consumo: Desde los 13-14 años

- ❖ Años de beber en exceso: 10 años
- ❖ Años de tener problemas para beber: 5 a 6 años
- ❖ Cantidad consumida: 1 o 2 botellas de 1litro de destilado u 8 a 10 latas de cerveza
- ❖ Estados emocionales: Estar tenso por el trabajo o contento por visita de amigos y familiares
- ❖ Con quien consume: Hermano y/o suegro
- ❖ Donde consume: En lugares privados (fiestas familiares) o públicos (cantinas o plaza Garibaldi)
- ❖ Otras sustancias consumidas: Tabaco, 10 cigarros diarios (Fumador regular desde hace 25 años)
- ❖ Consumo: 4 o más veces por semana, 10 o más copas estándar
- ❖ No consumió de Febrero a mediados de Septiembre (Con excepción de Mayo donde tomó 5 copas y en agosto 10 y 4 en dos ocasiones respectivamente)
- ❖ Reinicia su consumo pretexto fiestas patrias
- ❖ Acude a tratamiento debido a problemas conyugales
- ❖ Ha estado en alcohólicos anónimos (estancia de un mes, asistió solo 6 ocasiones, deja de acudir por no sentirse a gusto con el discurso que se maneja).

INSTRUMENTOS APLICADOS

Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CCS):

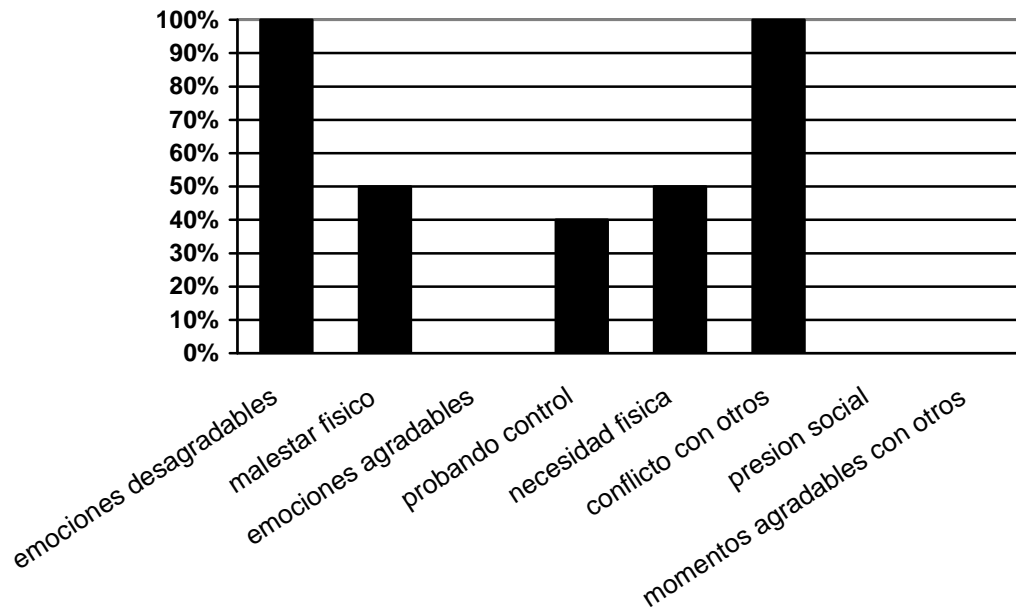


Figura 1. Porcentaje de confianza que tiene para beber o no beber en determinadas situaciones.

En la figura 1 podemos observar que el usuario reporta sentirse seguro de no beber en exceso alcohol cuando presenta emociones desagradables y cuando tiene conflictos con

otros. Cuando se encuentra en mayor riesgo, es cuando experimenta emociones agradables, si se siente presionado por su grupo social o familiar para beber y cuando pasa momentos agradables con su grupo familiar o social. Siendo el 0% cuando el sujeto se siente totalmente inseguro para controlar su consumo de alcohol. El 100% corresponde a la seguridad total de no tener riesgo de consumo explosivo y riesgoso de alcohol.

Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)

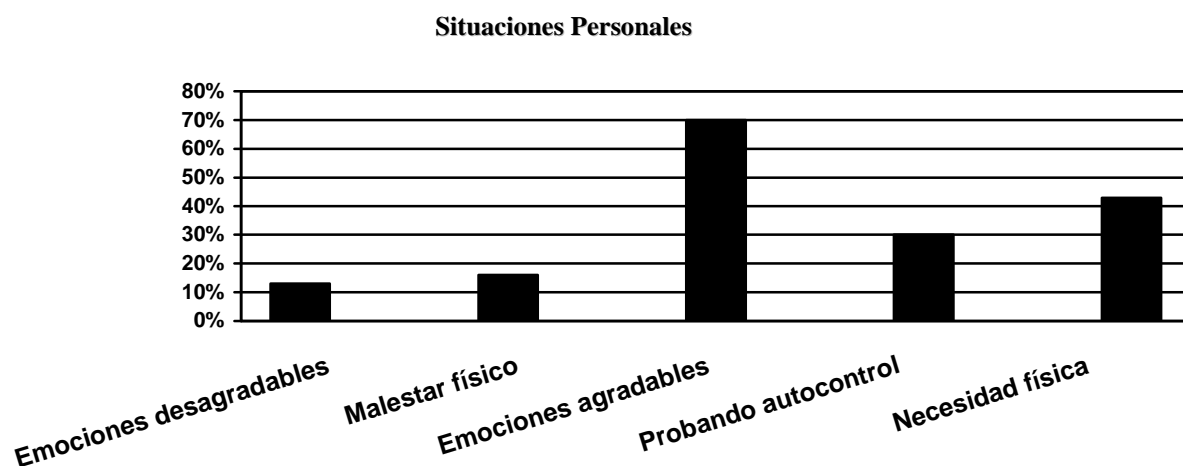


Figura 2. Datos obtenidos en las áreas de mayor y menor riesgo de consumo explosivo del sujeto

La figura 2 muestra los resultados del ISCA, y se observa que coinciden con el CCS ya que aquí también se presenta que el usuario está en mayor riesgo de consumo excesivo de alcohol cuando experimenta emociones agradables, habiendo un 70% de probabilidad de tener consumo explosivo de alcohol. Seguido del área de necesidad física con 43%, ubicándolo en riesgo moderado de consumo excesivo de alcohol es en la que busca probar su autocontrol, lo cual por su historia referida generalmente le ha fallado, llevándolo a beber de forma riesgosa la mayoría de las ocasiones que lo hace. Finalmente con riesgo moderado pero menor porcentaje son malestar físico y emociones desagradables con 16% y 13% respectivamente.

Situaciones que Involucran Terceras Personas

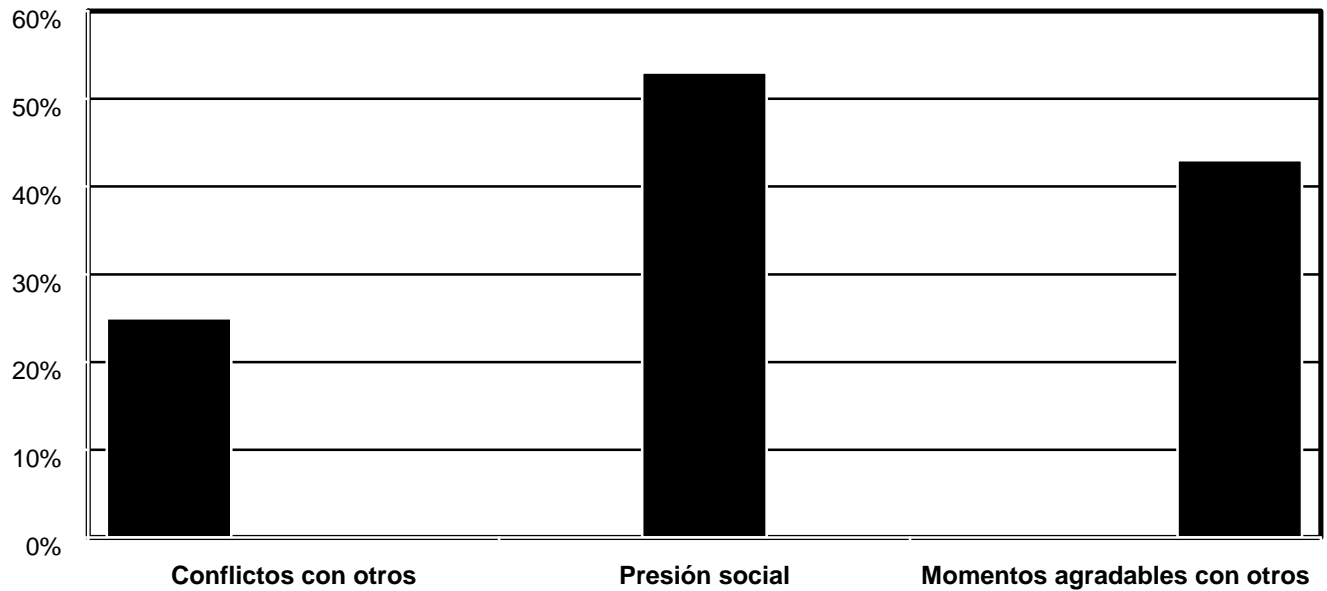


Figura 3. Áreas restantes de riesgo y protección de consumo excesivo de alcohol.

En esta segunda parte de la figura 3 del ISCA se muestran las situaciones que involucran terceras personas, ya que tanto la presión social, como momentos agradables con otros son las dos áreas de alto riesgo de consumo excesivo de alcohol para el usuario con 53% y 43% respectivamente. Lo cual es un indicador de que son estas áreas las que mayor atención se debe tener para generar estrategias que le permitan controlar su consumo o mantenerse sin consumir. En la retroalimentación de los datos se le hará énfasis en esto. También sus planes de acción tendrán que estar encaminados a minimizar estos riesgos.

Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

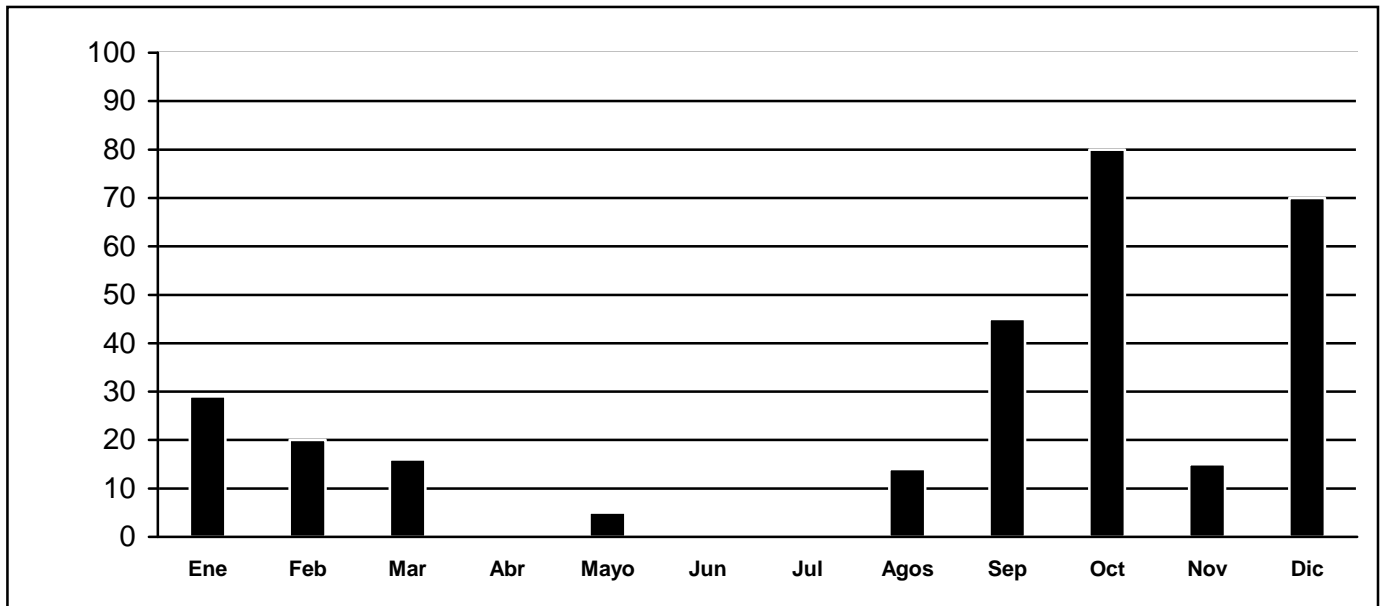


Figura 4. Número de copas consumidas en el último año.

RESULTADOS DEL LIBARE

Consumo total: 294 copas estándar

Número máximo de bebida consumida: 25 copas estándar

Número máximo de días de abstinencia: 54 días

Porcentaje de días consumido: 7.5%

Consumo diario de copas estándar: 10.9

En la figura 4 se observa el resultado obtenido por el LIBARE indicando que el usuario es un consumidor explosivo de alcohol en prácticamente todas las ocasiones, excediendo su consumo en poco más de la mitad de lo que es considerado un consumo moderado. Octubre es el mes que más bebió alcohol en exceso, seguido de Diciembre y Septiembre. También nos muestra que a mitad de año fue que se mantuvo abstinento en tres de los cuatro meses, desde Abril, hasta Agosto, bebiendo con moderación en Mayo, cinco copas estándar.

TABLA 17. Consumo de copas por días que tuvo el sujeto durante el último año previo al tratamiento.

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
30	71	34	42	35	35	37

La Tabla 17 muestra como se distribuye el consumo de copas estándar por día, siendo el lunes el de mayor consumo, seguido de los miércoles y los sábados.

Pistas

TABLA 18. Tiempo que le llevó al sujeto realizar la prueba.

Tiempo requerido en pistas 1: 1 minuto	Tiempo requerido en pistas 2: 2 minutos:
☛ Pistas A tiempo realizado: 45 segundos	☛ Pistas B tiempo realizado: 1 minuto con 24 segundos

En la prueba de Pistas el usuario cumple con los tiempos requeridos dentro de lo que se considera como requisito para no excluirlo del tratamiento por daño orgánico.

Sesión de Evaluación

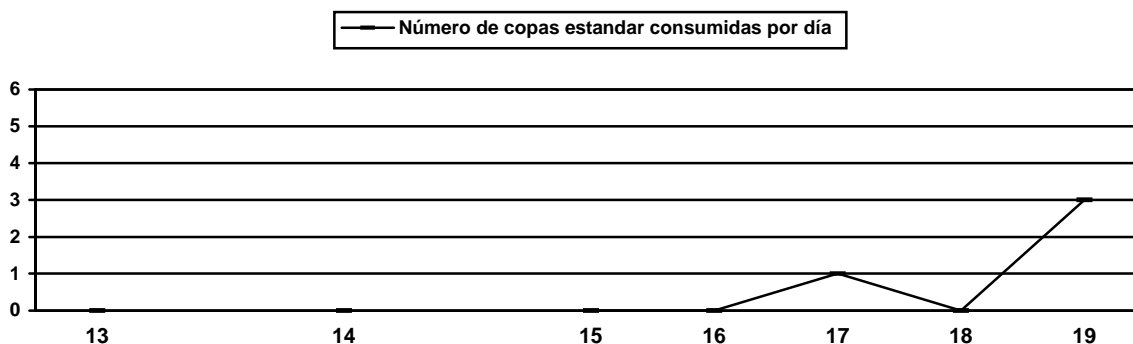


Figura 5. Auto-registro de consumo de la semana del 13 al 19 de Octubre.

La figura 5 muestra que el usuario se mantiene sin consumo durante la semana, salvo el 17 de Octubre que reporta haber bebido una copa estándar refiriendo enojo y tensión por cuestiones laborales. Se repite la situación con tres copas estándar el 19 de Octubre por presión laboral, lo cual le generó tensión. El consumo fue espaciado reporta. No perdiendo el control, ni deseando continuar bebiendo. Las coordenadas del eje de "X" se refieren a las copas estándar. En cada una de las figuras de auto-registro semanal de consumo, será el significado de estas coordenadas.

Establecimiento de Metas: Las siguientes 3 semanas

- ❖ Abstinencia
- ❖ Considera que su meta es más importante que la mayoría de sus otros proyectos personales como son familia y trabajo
- ❖ Se siente 100% seguro de lograr su meta
- ❖ Razones de cambio: Su familia y su trabajo

Sesión 1 Balance Decisional

TABLA 19. Registro del balance de decisiones del sujeto respecto a su percepción de consumo y no consumo.

	Cambiar mi consumo	Continuar consumiendo
Beneficios de	<ul style="list-style-type: none"> × Sentirme mejor de salud × Estar mejor con mi familia × Convivir, entenderlos mejor × Mayor economía y mejor control sobre todo 	<ul style="list-style-type: none"> × Sentirme relajado y sin estrés × Me da igual la responsabilidad de los miembros de la familia
Costos de	<ul style="list-style-type: none"> × Dejar el placer de beber × No poderse relajar del estrés × No convivir al parejo con los amigos 	<ul style="list-style-type: none"> × Probable pérdida de la familia × Tener problemas de alcoholismo mayores

El usuario hace mención sobre los costos y beneficios que tiene cambiar su consumo a moderación o abstinencia o continuar consumiendo en exceso. Su interés radica en mejorar sus relaciones familiares, no tener problemas de salud. Para el esto pesa más el “placer de beber y convivir con sus amistades” ya que no siempre hay beneficios en ello, puesto que gasta dinero de más, tiene discusiones y no atiende su negocio (TABLA 19).

Sesión 1

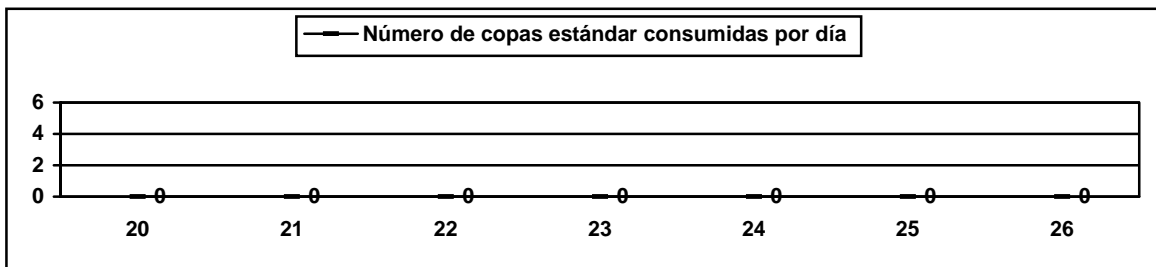


Figura 6. Auto-registro de consumo de la semana 20 al 26 de Octubre.

El usuario no reportó consumo en esta semana. Refiriendo que se sintió bien, y sin deseos de consumir, como lo muestra la figura 6. El cero significa que no hubo consumo.

A continuación se presentan las situaciones de riesgo que el usuario considera pueden hacer que su consumo de alcohol sea peligroso, identificándolas de manera precisa. Este ejercicio es parte importante de la sesión 1.

Situación de Riesgo 1.

- ❖ Tomando con su papá, acabaron a golpes
- ❖ Disparadores: Estar contento en compañía de la familia y amigos
- ❖ Consecuencias: Sentirse a gusto al inicio, después pérdida del control, no poder remediar la situación

Situación de Riesgo 2.

- ❖ Tenía mucho trabajo, fue a un restaurante donde lo conocen a tomar unos tragos para relajarse
- ❖ Disparadores: Estrés laboral y problemas familiares
- ❖ Consecuencias: Relajarse al inicio, seguir bebiendo, perder el control, chocó, descontrol económico y sentimiento de culpa

Situación de Riesgo 3.

- ❖ Tomó durante dos días y medio (organizó una fiesta con gente de diversos ámbitos).
- ❖ Disparadores: Contento y relajado en compañía de amigos y gente de negocio.
- ❖ Consecuencias: Al inicio alegre, aunque no hubo problemas; algunos amigos ya le huyen para tomar, considera ya no tener una relación tan seria con algunas gentes; hay negocios que van muy bien a partir de la gente con la que se relacionó.

Sesión 2

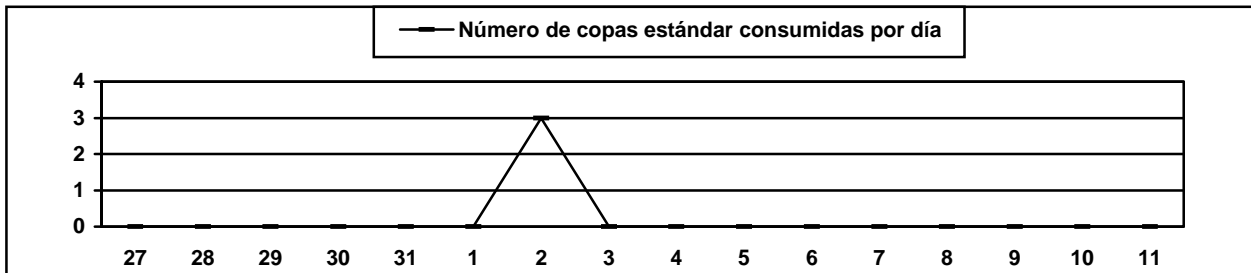


Figura 7. Auto-registro de consumo durante la semana del 27 de Octubre al 11 de Noviembre.

En la figura 7 se observa que solo un día reportó un consumo de tres copas estándar, aduciendo por motivos de estrés causado por las presiones laborales.

Sesión 2 Plan de Acción Opciones y Consecuencias

A continuación se presenta el ejercicio que le sirve al usuario para identificar las 3 situaciones más frecuentes que se le presentan para consumir alcohol en exceso y cual es la estrategia más adecuada a poner en práctica para cada una de estas situaciones y así evitar tener consumos explosivos y nocivos de alcohol.

Situación 1 de consumo excesivo

❖ Cuando estoy trabajando:

Opción 1: No beber, encargar refrescos y botana.

Consecuencias: Funcionaría mejor, estaría más concentrado, sería menos tiempo.

Opción 2: Dejar para el día siguiente el tema.

Consecuencias: Me despejaría, relajaría y haría otras actividades.

Opción seleccionada 1: Número 2

Opción seleccionada 2: Número 1

❖ Plan de acción (opción 2): Platicar otros temas, buscar otras soluciones, hacer otras actividades, dejarlo para el día siguiente.

❖ Plan de acción (opción 1): Tomar refresco y botanear, platicar de las anomalías y mejoras del negocio. Terminar con las cuentas y dejar la bebida para una ocasión menos tensa.

Situación 2 de consumo excesivo

❖ Ir de visita con familiares y que saquen la botella:

Opción 1: Ir cuando no está la persona que saca la botella.

Consecuencias: No vería a la persona con la que platico normalmente.

Opción 2: Ir, pero decirle que voy de prisa.

Consecuencias: Aceptar solo refresco u otro tipo de bebida (no alcohólica).

Opción 3: Aceptar solo hasta 4 copas.

Consecuencias: Comentando que hay actividades al día siguiente.

Opción seleccionada 1: Número 3

Opción seleccionada 2: Número 2

❖ Plan de acción (opción 3): Disfrutar de la bebida, platicaría con familiares, me relajaría, no perdería el control de las cosas y saldría más satisfecho de la oficina o casa.

❖ Plan de acción (opción 2): Llegar menos tenso de lo normal, aceptar lo que fuera de refresco, sin dar muchas explicaciones.

Situación 3 de consumo excesivo

❖ Estar en fiestas y reuniones:

Opción 1: Ir, pero no tomar.

Consecuencias: No tomaría, estar al tanto y divertirme.

Opción 2: Tomar 4 copas o más.

Consecuencias: Si me excediera perdería el control.

Opción seleccionada 1: 1

❖ Plan de acción (opción 1): Pararse a bailar, platicar con otras personas.

Sesión 3

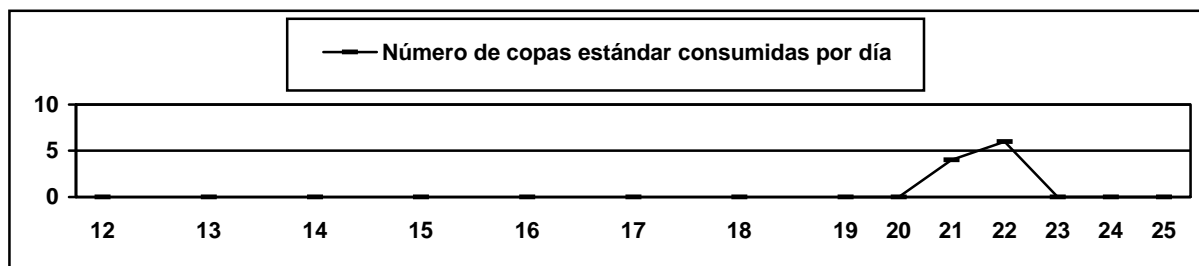


Figura 8. Auto-registro de consumo durante las semanas del 12 al 25 de Noviembre.

En la figura 8 se observa que el usuario bebió en dos ocasiones consecutivas, una cantidad mayor de copas estándar de la que tenía considerada en su meta, rompiendo su meta de abstinencia. El reporte que da, es que estaba en una zona cálida, menciona que su consumo estuvo controlado y no se quedó con deseos de continuar consumiendo. Refiere que en ambos casos el consumo se dio a lo largo de un día, no bebiendo más de una copa estándar por hora.

A continuación el usuario plantea su nuevo establecimiento de metas, comprometiéndose a cumplir con un consumo moderado bajo las condiciones que se plantea. Este compromiso será monitoreado y rectificado en su primera sesión de seguimiento.

NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS

- ❖ En un día promedio cuando beba, planea beber no más de 4 a 5 copas estándar (se le recordó bajo que circunstancias se debe de hacer).
- ❖ Durante una semana promedio, planea beber no más de 1 o 2 días. Se le menciona no deben de ser consecutivos.
- ❖ No planea beber: Cuando haga cuentas con su hermano, cuando le ofrezcan de tomar sin haber una razón o no querer convivir.
- ❖ Planea beber solamente 2 o 3 copas cuando esté muy tenso, haya algún festejo muy formal o para el cierre de un negocio.
- ❖ Lograr su meta es importante en un 95%.
- ❖ Se siente 100% confiado de lograr su meta.

Se menciona en seguida los elementos que son necesarios continuar aplicando para fortalecer su proceso de cambio, para evitar tener una recaída. Estos elementos se le reafirman de manera positiva. Se realiza una retroalimentación del progreso que ha tenido a lo largo del tratamiento.

Se le hizo énfasis en llevar acabo los consejos de consumo moderado.

Se realizó el resumen del tratamiento, reforzándole las conductas que le ayudaron a cumplir su meta, e invitándolo a reflexionar sobre las conductas que en algunos momentos evitaron que la meta se cumpliera, promoviendo así que detectara factores de riesgo.

El usuario no solicitó sesiones adicionales, por lo que se le dio cita para su primer seguimiento en un mes.

Sesión 4

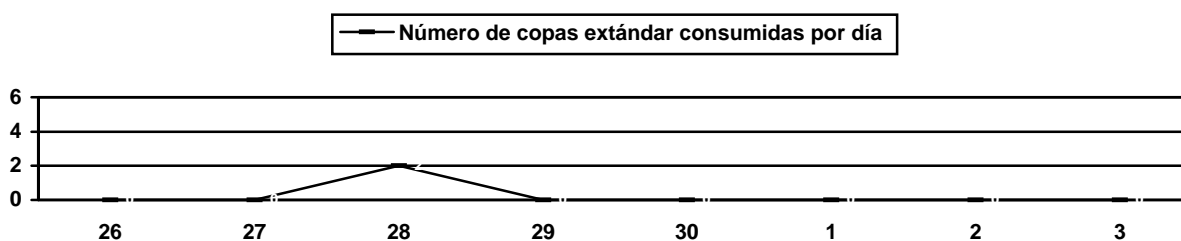


Figura 9. Auto-registro del consumo de la semana del 26 de Noviembre al 03 de Diciembre.

La figura 9 muestra el consumo de dos copas estándar, dándose en un lapso de ocho horas el mismo. Siendo un consumo moderado, cumpliendo con la meta que se replanteó.

Primer Seguimiento

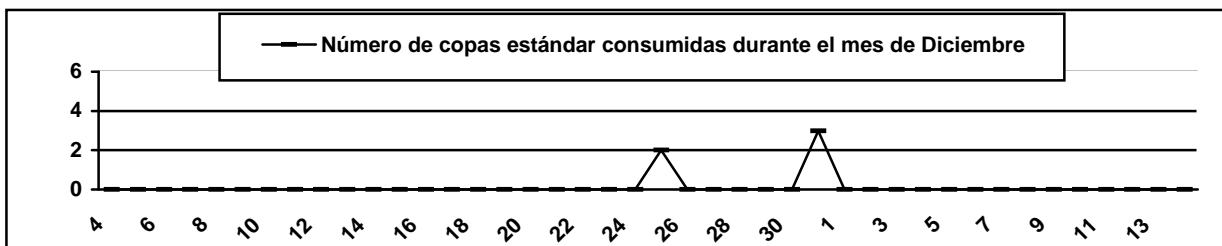


Figura 10. Patrón de consumo durante su primer seguimiento, que va de la semana del 04 de Diciembre al 14 de Enero.

En la figura 10 el usuario, vía telefónica reporta haber consumido en dos ocasiones no consecutivas. Dos copas y tres copas estándar respectivamente en cada día, manteniendo su meta.

Proceso y Progreso del Tratamiento

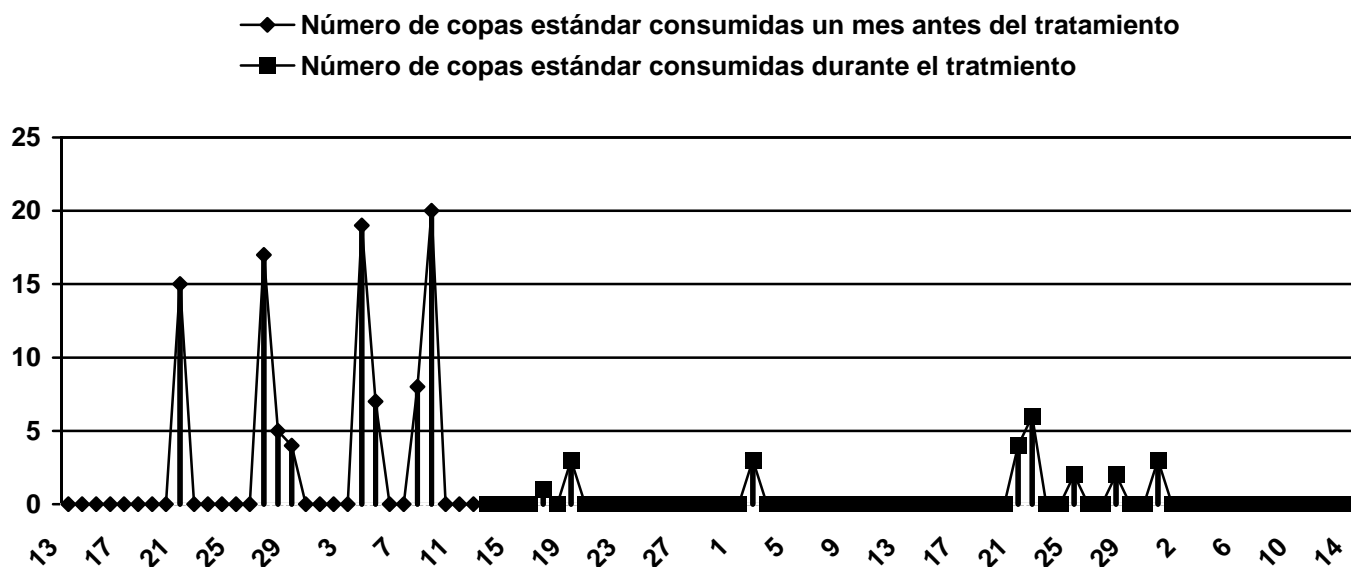


Figura 11. Patrón de consumo antes de iniciar el tratamiento y durante el tratamiento.

En la figura 11 se observa en el eje de la “X” el número de copas estándar consumidas y en el eje “Y” los días previos al tratamiento y posterior al mismo. También se observa de manera clara el proceso de reducción de consumo excesivo de alcohol, logrando con éxito una reducción hasta llegar a consumo moderado y controlado, sin excederse, ni presentar conductas de riesgo, viéndose beneficiado el usuario y así mismo logrando sus metas que se propuso como son mejorar la relación familia con sus hijos, su pareja. Disminuir sus diferencias con su familia como son hermano y tíos. Ser más constante en su trabajo, y dando mejor servicio a sus clientes proveedores. No gastar dinero de más. Evitar tener

accidentes automovilísticos y problemas con la ley. La aplicación del programa muestra su eficacia al ver que en este usuario ha funcionado reduciendo su consumo a ni veles moderado y manteniéndolo en esos niveles tras el primer seguimiento a un mes que se realizó.

XVIII. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Beattie y Longabaugh (1997) mencionan que el tratamiento dirigido a los usuarios que experimentan problemas con su manera de beber alcohol no ha sido todo lo exitoso que se desea. Las estadísticas muestran que dentro del primero o segundo año siguientes al tratamiento, menos de la mitad de todos los sujetos que fueron atendidos se mantienen en abstinencia o consumo moderado, una escala solo ligeramente mejor que la estimada para los de remisión espontánea sobre el mismo periodo sin tratamiento formal.

Una posible explicación para este pobre desempeño quizá se encuentre en el consejo dado por Bacon (1973) quien observó que los lugares y relaciones de los clientes, durante y después del tratamiento jugaron un papel más importante en el proceso de recuperación que el tratamiento proporcionado por los profesionales. Los elementos de los tratamientos quizá sean agentes activos que proveen de catalizadores para el cambio, pero el mantenimiento de las ganancias quizá dependa, no solo del cliente, sino también de su ambiente social. Por lo tanto es importante que sigan aumentando las intervenciones cortas donde se puedan considerar las habilidades del usuario en su interacción ambiental, y emplear relaciones sociales cercanas de manera efectiva, como parte del tratamiento y se convierta en un aspecto relevante para las intervenciones que realizan los profesionales. Las ciencias sociales de la comunidad han arrojado evidencia importante sobre el valor social de las relaciones, específicamente aquellas que consideran que la falta de apoyo social está consistentemente asociada con una pobre salud y bienestar tanto físico como psicológico.

En el presente trabajo se puede concluir que el usuario cumplió satisfactoriamente la meta de reducción del consumo excesivo de alcohol logrando presentar niveles de consumo moderado, reduciendo de esta forma los daños a la salud física, emocional, familiar, económica, laboral y social, tal como se lo había propuesto en un inicio de su tratamiento, trabajando sobre las áreas de mayor riesgo de consumo explosivo de alcohol. El mantenimiento de esta meta a lo largo del tratamiento muestra también la efectividad del mismo. Se observa que con la disminución de su consumo excesivo de alcohol, el usuario obtuvo otros beneficios a corto plazo, hipotetizando que continuará con estos beneficios a mediano y largo plazo siempre y cuando mantenga su meta de consumo moderado y aplique las herramientas de afrontamiento practicadas en el tratamiento. Dichos beneficios son la mejoría en la relación con su pareja, fortaleciendo el vínculo entre ellos. Adquirir mayor responsabilidad en su rol paterno, lo cual también implica un fortalecimiento de la relación del usuario con sus hijos. También percibió mejoría en su desempeño laboral, manejando mejor la presión social, ante la cual usualmente cedía debido a su falta de asertividad. En cuanto a los deseos de consumir alcohol y acabar excediéndose en situaciones de convivencia familiar o social, acompañado de estados de ánimo agradables, donde buscaba prolongar y aumentar estas emociones placenteras, el usuario ha aprendido a controlar su consumo aplicando las técnicas de consumo moderado como son, consumir la copa estándar en un lapso de una hora, espaciar el consumo entre copa y copa estándar no

solo con tiempos de 20 minutos, sino hasta de una hora entre una y otra copa; lo cual le ha permitido no perder el control sobre su consumo y manejarlo efectivamente. En cuanto al manejo del estrés por cuestiones laborales, el usuario llegó a consumir, pero no fue en exceso, aunque si es importante recordar que cuando lo hizo rompió con su meta, la cual era en ese momento la abstinencia total. Sus consumos de alcohol en esta condición de “tensión” como el la refirió en sus auto-registros fueron para minimizar el estrés. Se le hizo énfasis de la importancia de adquirir hábitos distintos que le permitieran afrontar de manera efectiva el estrés, sin necesidad de recurrir al consumo de alcohol, y no correr el riesgo de excederse, ya que la manera de vivir la experiencia del estrés por situaciones laborales es en el un factor de riesgo. Me parece importante resaltar que en esta condición de riesgo el usuario se manejó de forma adecuada, ya que si bien hubo consumo, este no fue explosivo, dándole la oportunidad de conocer sus habilidades para controlar su consumo ante una situación de riesgo de consumo explosivo. Esto promovió en el usuario el aumento de su auto-eficacia y mayor seguridad en si mismo.

También cuando estaba fuera de la ciudad en un lugar caluroso, y refirió que se encontraba a gusto en compañía de su esposa, y haciendo actividades laborales, que en este caso no se sentía tenso por ello, decidió beber, si bien en uno de los dos días que lo hizo fue un consumo excesivo ya que fueron seis copa estándar. El consumo se dio de manera controlada por la duración de consumo de cada copa y por el tiempo que hubo de distancia entre cada una, lo cual le permitió a su organismo tener el tiempo suficiente para metabolizar adecuadamente cada copa, no permitir tener un efecto de embriaguez, ayudándole a no desear beber mayor cantidad, con mayor velocidad y por consecuencia perder el control.

El usuario adquirió con el tratamiento aplicado conciencia de enfermedad y de los daños y costos que conlleva continuar con ese estilo de vida. Esta conciencia la adquiere a partir de la información que se le fue dando a lo largo del tratamiento, con la retroalimentación de los resultados arrojados por las distintas pruebas, como con las lecturas y ejercicios realizados para cada sesión. También es importante mencionar el papel que jugué como terapeuta brindándole un servicio cálido, de confianza, apoyo y orientación, siguiendo los lineamientos de la entrevista motivacional y las indicaciones del programa de auto-cambio dirigido para bebedores problema. Se le fue fortaleciendo en su proceso con reconocimiento por cada logro obtenido con el objetivo de que su nivel de motivación al cambio se mantuviese sólido y estable. Puse en práctica las herramientas de la intervención breve como lo menciona Miller (1985) y Miller y Rollnick (1992).

Los resultados obtenidos en el caso que muestro aplicando este mismo modelo de intervención los podemos observar también en Morales (2002), Cuevas (2006) y Fukushima (2006). Con ello se puede observar la utilidad y aplicación que tiene este tipo de intervenciones en poblaciones mexicanas en el área urbana. Se sugiere que en futuras aplicaciones de este modelo de intervención, sea aplicado en distintas regiones del país y con poblaciones de distintos estratos socio-económicos y culturales para observar su efectividad. Así como incorporar al tratamiento otras modalidades terapéuticas como la terapia de pareja y de familia cuando el usuario los tiene y fomentar el fortalecimiento de las redes de apoyo y por consecuencia su proceso de cambio hacia estilos de vida más saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abrams, D.B. y Niaura, R.S. (1987). Social learning theory. En H.T. Blane y K.E. Leonard (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York: Guilford. 131-178.

Abrams, D.B., Binkoff, J.A., Zwick, W.R., Liepman, M.R., Nirenberg, T.D. y Munroe, S.M. (1991). Alcohol abusers and social drinkers responses to alcohol-relevant and general situations. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 409-414.

Akers, R.L., Krohn, M.D., Lanza-Kaduce, L. y Radosevich, M. (1979). Social Learning and deviant behavior: A specific test of general theory. *American Sociological Review*, 44, 636-655.

Alden, L. (1988). Behavioral self-management controlled drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56. 280-286.

American Psychiatric Association, (1988). *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona, Masson.

American Psychiatric Association, (1994). *DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona, Masson.

Annis, H.M.E., Graham, J.M. y Davies, C.S. (1987). *Inventory of drinking situations: User's Guide*. Addiction Research Foundation of Ontario, Toronto.

Ayala, V.H. (2001). Intervenciones motivacionales con bebedores problema en México: Resultados iniciales. *Universidad Nacional Autónoma de México*, 81-91.

Ayala, V.H. y Cárdenas, G.L. (1996). Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. *Psicología Iberoamericana*, Vol. 4, No. 2. 5-17.

Ayala, V.H., y Cárdenas, G.L., Echeverría, L., y Gutiérrez, L.M. (1998). *Manual de auto-ayuda para personas con problemas en su forma de beber*. Miguel Ángel Porrúa, Facultad de Psicología UNAM: México.

Ayala, V.H., Echeverría, L., Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1998). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, Vol. 6 No. 1, 71-93.

Ayala, V.H., Carrascoza, V.C. (2000). El alcoholismo: Una perspectiva Psicológica. *CNEIP. Enseñanza e Investigación*, 5 (1), 131-140.

Babor, T.F. y Grant (1992). *Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in primary health care. (Project on identification and management of alcohol-related problems.)* Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Bacon, S.D. (1973). The process of addiction to alcohol: Social aspects. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 34, 1-27.

Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 199-215.

Bandura, A. (1977b). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bandura, A. (1999). Auto-eficacia: ¿Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual? España: Biblioteca de Psicología. Desclée de Brouwer.

Baron, R.M., y Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.

Barry, K.L. (1999) Introduction to brief interventions and therapies: In brief interventions and brief therapies for substance abuse treatment improvement protocol. (TIP). Series 34, CSAT, 13-134.

Beattie, M.C., Longabaugh, R. y Elliot, G. (1993). Effect of the social environment on alcohol involvement and subjective wellbeing prior to alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 283-296.

Beattie, M.C. y Longabaugh, R. (1997). Interpersonal factors and post-treatment drinking and subjective well being. *Addiction*, 92 (11), 1507-1522.

Bien, T.H., Miller, W.R. y Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-336.

Borges, G., Cherpitel, C.J., Medina-Mora, M.E., Mondragón, L. (2004). Violence related injuries in the emergency room: alcohol, depression, and conduct problems. *Substance Use and Misuse*, 39 (6), 911-930.

Brown, S.A. (1985). Reinforcement expectancies and alcoholism treatment outcome after one-year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 304-308.

Brown, S.A., Goldman, M.S., Inn, A. y Anderson, L.R. (1980). Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 418-425.

Carroll, K.M. (1996). Relapse prevention as psychological treatment: A review of controlled clinical trial. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.

Carroll, K.M. y Rousanville, B.J. (1992). Contrast of treatment-seeking and untreated cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 49, 464-471.

Carroll, K.M. y Rousanville, B.J., Nich, C., Gordon, L.T., Wirtz, P.W. y Gawin, F.H. (1994). One year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.

Collins, R.L. y Marlatt, G.A. (1983). Social modeling as determinant of drinking behavior: Implications for prevention and treatment. *Addictive Behaviors*, 6, 233-240.

Connors, G.J., Maisto, S.A. y Zywiak, W.H. (1996). Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. *Addiction*. 91(suppl.) 173-179.

Cooney, N.L., Baker, L.H. y Pomerleau, O.F. (1983). Cue exposure for relapse prevention in alcohol treatment. In: Craig, K.D. y McMahon, R.J., (Eds.) *Advances in Clinical Behavior Therapy*. New York: Bruner/Mazel, 194-210.

Cuevas, A.E. (2006). Reporte de un caso típico de bebedor problema atendido con el Modelo de Detección Temprana e Intervención breve para Bebedores Problema. Programa de Maestría Profesional con Residencia en Adicciones. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.

Chafetz, M.E. (1968b). Research in the alcohol clinic an around the clock psychiatric service of the Massachusetts General Hospital. *American Journal of Psychiatry*, 124. 1674-1679.

Chaney, E.F., O'Leary, M.R. y Marlatt, G.A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 46 (5), 1092-1104.

Cherpitel, C.J. (1988). Alcohol consumption and casualties: a comparison of two emergency room populations. *British Journal of Addiction*, 83, 1299-1307.

Chick, J. (2001). Primary care: Helping alcohol-dependent patients start to change: Alcohol Problems Clinic, Edinburg, Scotland. *Alcoscope*, 4, (1) 7-11.

Christiansen, B.A. y Goldman, M.S. (1983). Alcohol related expectancies versus demographic/background variables in the prediction of adolescent drinking, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 249-257.

Davidson, G. y Raistrick, D. (1986). The validity of the Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD): A short self-report questionnaire for assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addictions*, 81, 217-222.

Des Jarlais, D.C. y Hubbard, R.L. (2004). Oxford Textbook of Public Health. 4th. Edition. En R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole y H. Tanaka (Eds.), (pp. 1503-1519). London: Oxford University Press.

DiClemente, C.C., Fairhurst, S.K. y Piotrowski (1995). Self-Efficacy, Adaptation and Adjustment: Theory, Research, Application (pp. 109-141). En J. Maddux (Eds.), New York: Plenum Press.

Donovan, D. y Rosengren, D. (1999). Motivation for behavior change treatment among substance abusers. En J. Tucker, D. Donovan & G. Marlatt (Eds.). Changing Addictive Behaviors (pp. 127-157). New York: Guilford Press.

Edwards, G. (1986). Tratamiento de alcohólicos. (Guía para el ayudante profesional. Trillas, México).

Elal-Lawrence, G., Slade, P.D. y Dwey, M.E. (1986). Predictors of outcome type in treated problem drinkers. Journal of Studies on Alcohol, 47, 41-47.

Encuesta Nacional de Estudiantes (2002). Encuestas de consume de tabaco, alcohol y drogas Instituto Nacional de Psiquiatría, Secretaría de Educación Pública. México, D.F.

Feifel, H. y Strack, S. (1989). Coping with conflict situations: Middle-aged and elderly men. Psychology and Aging, 4, 26-33.

Frances, B.P (1998) Social Learning self-control, and substance abuse by eight grade students A tale of two cities. Journal of Drugs, 98, (2), 539-559.

Fukushima, T.E. (2006). Reporte de Experiencia Profesional. Programa de Maestría Profesional con Residencia en Adicciones. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.

Glantz, M. y Pickens, R. (1992). Vulnerability to drug abuse. Washington, D.C.: American Psychological Association, 153-186.

Gorski, T.T. y Miller, M. (1982). Counselling for relapse prevention. Independence, M.O., House Independence Press.

Heather, N. (1989). Brief Therapy. Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives. Pergamon General Psychology Series, 93-116.

Heather, N. y Robertson, I. (2001). Problem drinking. Oxford Medical Publications, 11-180.

Hester, R.K., y Miller, W.R. (1984). Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Self-control training. R.K., Hester y W.R., Miller (Eds.). Pergamon General Psychology Series, 141-150.

Hester, R.K., y Miller, W.R. (1995). Behavioral self-control training. Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives. New York: Pergamon Press.

Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W.R. y Rubonis, A.B. (1991). The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 5, 517-540.

INEGI. (2002). Sistema de Información Nacional de Conteo Estadístico. SCIENCE 2002.

Intagliata, J. (1976). A telephone follow-up procedure for increasing the effectiveness of a treatment program for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 37, 1330-1335.

Institute of Medicine (1991). Broadening the Base of Treatment for Alcohol and Problems. Washington, D.C. National Academic Press.

Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K., Gortner, E. y Prince, S.E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-305.

Jones, B.T. y McMahon, J. (1996). A comparison of positive and negative alcohol expectancies and value and their multiplicative. *Addiction*, 91 (1), 89-100.

Kadden, R.M. (1994). Cognitive-behavioral approaches to alcoholism treatment. *Alcohol Health and Research World*, 18 (4), 279-285.

Kandel, D.B. y Davies, M. (1992). Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near-daily use. En M. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to Drug Abuse* (pp. 211-253). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Kazdin, A.E. (1982). History of behaviour modification. En A. Bellack, M. Hersen, & A. Kazdin, (Eds.), *International Handbook of Behavior Modification Therapy* (pp.3-32). New York: Plenum Press.

Koski-Janne, A. (1994). Drinking related locus of control as predictor of drinking after treatment. *Addictive Behaviours*, 19, 491-495.

Koumans, A.J.R. y Muller, J.J. (1965). Use of letters to increase motivation in alcoholics. *Psychological Reports*, 16, 1152.

León, G.M.I. (1999). Factores que contribuyen al diagnóstico diferencial de una muestra de sujetos alcohólicos de la población mexicana. Facultad de Psicología, Tesis Doctoral, U.N.A.M.

Longabaugh, R., Wirtz, P.W., Zweben, H. y Stout, R.L. (1998). Network supporting for drinking, alcoholics anonymous and long-term matching effects. *Addiction*, 93, 1313-1333.

Longabaugh, R., Morgenstern, J. (1999). Cognitive-behavioral coping skills therapy for alcohol dependence. *Alcohol Research and Health*, 23 (2), 78-87.

Maddux, J.E. (1995) *Self-Efficacy, Adaptation and Adjustment: Theory, Research, Application*. New York: Plenum Press.

Marlatt, G.A. (1984). Alcohol, the magic elixir: Stress, expectancy, and the transformation of emotional states. Paper presented to Seventh Annual Coatesville Jefferson Conference, V.A. Medical Center, Coatesville, PA. 3-15.

Marlatt, G.A. (1985). Cognitive factors in the relapse process, En: G.A. Marlatt y J. Gordon (Eds.) *Relapse Prevention*, New York, Guilford Press, 128-200.

Marlatt, G.A. (1998). *Harm Reduction*. Pergamon Press: USA.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addiction behaviour*, Guilford Press, New York.

McCusker, C.G. (2001). Cognitive biases and addiction: An evolution in theory and method. *Addiction*, 96, 37-47.

Medina-Mora, M.E. (1993). *Diferencias por género en las prácticas de consumo de alcohol. Resultados de un estudio llevado a cabo en la población de 18 años y más de una entidad urbana y otra rural del Estado de Michoacán*. Tesis Doctoral. U.N.A.M.

Medina-Mora, M.E., Tapia, C.R., Sepúlveda, J., Otero, M.R., Rascón, M.L., Solache, G., Lazcano, S., Villatoro, J., Marino, M.C. y López, E.K. (1989). Patrones de Consumo de Alcohol y Síntomas de Dependencia. *Revista Latinoamericana de Alcohol y Drogas*, 1 (1), 47-58.

Mello, N. (1975). A semantic aspect of alcoholism, En: H.D. Cappell and A.E. LeBlanc (Eds.) *Biological and Behavioral Approaches to Drug Dependence* (Toronto Addiction Research Foundation).

Miller, R.W. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on Alcoholism. *Psychological Bulletin*. 98, (1), 84-107.

Miller, R.W. (1989). Increasing motivation for change. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. Elmsford, N.Y.: Pergamon Press. 67-80.

Miller, R.W. y Mastria, M.A. (1977). *Alternatives to alcohol abuse: A social learning model*. Campaign, IL: Research Press.

Miller, R.W. y Baca, L. (1983). "Two year follow-up of bibliotherapy and therapist directed controlled

drinking training for problem drinkers". Behaviors, 4, 155-165.

Miller, R.W. y Rollnick, S. (1988). La entrevista motivacional. Prepara para el cambio de conductas adictivas. Paidós Ibérica, 25-128.

Miller, R.W. y Hester, R.K. (1989). Treating alcohol problems: Toward an informed eclecticism. En Hester, R.K. y Miller, R.W. (Eds.). Handbook of alcoholism Treatment Approaches: Effective alternatives. New York Pergamon Press, 3-13.

Miller, R.W. y Sovereign, R. (1989). The check-up: A model for early intervention in addictive behaviours. En T. Loberg, W.R. Miller, P. Nathan, and G.A. Marlatt (Eds.), Addictive behaviours: Prevention and early intervention. Amsterdam: Swets and Zeitlinger, 219-231.

Miller, R.W. y Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviour. New York: Guilford Press.

Miller, R.W. y Rollnick, S. (1992). Motivational interviewing. New York and London: Guilford Press.

Miller, R.W., Leckman, A.L., Delaney, H.D. y Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioural self-control training. Journal of Studies on Alcohol, 53, 249-261.

Miller, R.W., Benefield, R.G. y Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 455-461.

Miller, R.W., Brown, J.M., Simpson, T.L., Handmaker, N.S., Bien, T.H., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K. y Tonigan, J.S. (1995). What works?. A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R. Hester & W. Miller, (Eds.), Handbook of alcoholism Treatment Approaches: Effective alternatives (pp.12-44.) New York: Guilford.

Miller, W.R. y Tonigan, J.S. (1996). Assessing drinkers motivation for change: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). Psychology of Addictive Behaviors. American Psychological Association, 10, 81-89.

Modesto-Lowe, V. y Boornazian, A. (2001). Screening and brief intervention techniques for early problem drinkers. Alcoscope, International Review of Alcoholism Management. 4 (3), 2-5.

Monti, P.M., Abrams, D.B., Binkoff, J.A., Zwick, W.R., Liepman, M.R., Nirenberg, T.D. y Rohsenow, D.J. (1990). Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioural mood management training for alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 51, 263-270.

Monti, P.M., Abrams, D.B., Kadden R.M., Rosehnow, D.J,Cooney, N.L. y Abrams, D.B. (2002). Treating alcohol dependence: A coping skill training guide. New York. Guilford Press, 42-131.

Morales, Ch. S. (2002). Reporte de Experiencia Profesional. Programa de Maestría Profesional con Residencia en Adicciones. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.

Morgenstern, J. y Longabaugh, R. (2000). Cognitive-behavioural coping skills therapy for alcohol dependence: Current status and future directions. *Alcohol Research and Health*, 23, 78-87.

Morgenstern, J. y Longabaugh, R. (2001). Mechanisms of CBT model unknown. (cover story). *The Brown University Digest of Addiction Theory and Application*. 20 (9), 1-3.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2000). Latest approaches to preventing alcohol abuse and alcoholism. *Alcohol Research and Health*, 24 (1), 43-68

Oie, T.P. y Jackson, P.R. (1980). Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. *Addictive Behaviors*, 5, 129-136.

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2003): <http://www3.who.int/whosis/alcohol>.

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2004): <http://www3.who.int/whosis/alcohol>.

Orford, J. y Keddie, A. (1986a.). Abstinence or controlled drinking in clinical practice: A test of the dependence and persuasion hypothesis. *British Journal of Addictions*, 81, 495-504.

Ouimette, P.C., Finney, J.W. y Moos, R.H. (1997). Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 230-240.

Panepinto, W.C., y Higgins, M.J. (1969). Keeping alcoholics in treatment: Effective follow-through procedures. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 30, 414-419.

Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

Prochaska, J. y DiClemente, C. (1986). Toward comprehensive model of change. In W.R. Miller y N. Heather (Eds.). *Treating addictive behaviours: Processes of change*. New York, Plenum Press. 3-27.

Prochaska, J. y DiClemente, C. (1992) Stages of change in the modification of problems behaviours. En: Hersen, M, Eisler, R. Miller, p. (Eds.) *Progress in Behaviour Modification*. Sycamore, Illinois: Sycamore Publishing, 28, 183-218.

Rosenberg, H. (2002). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. En: Addictive Behaviors: Reading on Etiology, Prevention and Treatment. Marlatt, A. y VandenBos, G.R. (Eds.). American Psychological Association, Washington, D.C.

Rohsenow, D.J. (1983). Drinking habits and expectancies about alcohol's effects for self versus others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 572-756.

Roth, A. y Fonagy, P. (1996). What works for whom: A critical review of psychotherapy research. New York. Guilford Press.

Saarmann, L., Daugherty, J. y Riegel, B. (2002). Teaching staff a brief cognitive-behavioral intervention. *Medsurg Nursing*, 11 (3) 144-151.

Salah, E., Sheikh, G.E. y Bashir, T.Z. (2004). High-risk relapse situations and self-efficacy: Comparison between alcoholics and heroin addicts. *Addictive Behaviors*, 29 (4), 753-758.

Sanchez-Craig, M., Wilkinson, D.A. y Walker, K. (1987). Theory and methods for secondary prevention of alcohol problems: A cognitively based approach. En W. Cox (Ed.), *Treatment and Prevention of Alcohol Problems: A resource manual* (287-331). New York: Academic Press.

Skinner, H.A. (1990). Spectrum of drinkers and intervention opportunities. *Canadian Medical Association Journal*, 143, 1054-1059.

Shifman, S. (1989). Conceptual s in the study of relapse. En M. Gossop (Eds.). *Relapse and addictive behaviour*. London: Routledge y Kegan Paul. 149-179.

Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1980). Behavioral Treatment of alcohol problem: Individualized therapy and controlled drinking. Plenum Press.

Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1990). Self-report in alcohol abuse: State of the art and future directions. *Behavioral Assessment*, 12, 77-90.

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

Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1999). Stepped care for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services. En J. Tucker, D. Donovan & G. Marlatt, (Eds.), *Changing Addictive Behaviors* (pp. 331-343), New York: Guilford Press.

Sobell, L.C. (2001). Motivational interventions for problem drinkers. *Addiction Research Foundation and University of Toronto, Canada*. 67-79.

Secretaría de Salud: SSA. (2002): <http://ssa.gob.mx>.

Stacy, A.W., Widaman, K.F. y Marlatt, G.A. (1990). Expectancy models of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 918-928.

Stevens, V.J. y Hollis, J.F. (1989). Preventing smoking relapse using an individually tailored skills-training technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 420-424.

Sylvain, C., Ladoucer, R. y Boisvert, J. (1997). Cognitive and behavioural treatment of pathological gambling: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 727-732.

Tavistock, N. (1987) *A great and growing evil?: The medical consequences of alcohol abuse*. London: The Royal College of Physicians of London.

Tran, G.Q. y Haaga, D.A.F. (2002). Doping responses and alcohol outcome expectancies in alcohol abusing and nonabusing social phobics. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (1), 1-17.

Tucker, J. (1999). Changing addictive behaviors: Historical and contemporary perspectives. En Tucker, J., Donovan, D., Marlatt, G. *Changing Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 3-43.

Velasco, F.R. (2001). Detección temprana del bebedor problema. En: Tapia, C.R. (2001). *Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*. Segunda edición. Manual Moderno: México.

Vielva, I. e Iraurgi, I. (2001). Cognitive and behavioral factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction*, 96 (2), 297-304.

Wallace, P., Cutler, S. y Haines, A. (1988). Randomized controlled trial of general practitioner intervention in clients with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal*, 29, 663-668.

White, H.R. (1996). Empirical validity of theories of drug abuse: Introductory comments. *Journal of Drugs*, 26 (2), 279-289.

Wilson, T.G. (1987). Cognitive Processes in Addiction. *British Journal of Addiction*, 82, 343-353.

Winfrey, L.T., Backstrom, V.T. y Mays, G.L. (1995). Social Learning Theory, self-reported delinquency, and youth gangs: A new twist on a general theory of crime and delinquency. *Youth and Society*. 26, 147-177.

Zweben, A. y Fleming M. (1999). Brief intervention for alcohol problems: An efficient method for planning and delivering clinical services. En Tucker, J., Donovan, D., Marlatt, G. *Changing Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press 15-39.