



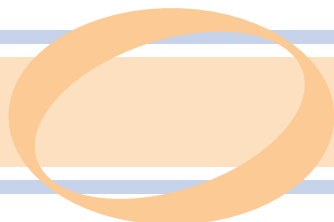
Manual de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema

Autores:

Lic. Leticia Echeverría San Vicente
Mtra. Gabriela Mariana Ruiz Torres
Mtra. Martha Leticia Salazar Garza
Mtra. Marcela Alejandra Tiburcio Sainz
Dr. Héctor E. Ayala Velázquez †

Investigador Responsable:

Dra. Lucy Ma. Reidl Martínez





DIRECTORIO

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dra. Maki Esther Ortíz Domínguez
Subsecretaria de Innovación y Calidad

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. María Eugenia de León May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Julio Sotelo Morales
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dra. María de los Ángeles Fromow Rangel
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Dr. Eduardo González Pier
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Lic. Juan Antonio García Villa
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Germán Fajardo Dolci
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Lic. Daniel Karam Toumeh
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Lic. Carlos Olmos Tomasini
Director General de Comunicación Social

Dr. Carlos José Rodríguez Ajenjo
Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones

Responsable de la Publicación:
Lic. José Ocaña Bernal
Subdirector de Difusión

www.conadic.gob.mx
Tels: 5207-3358, 5207-3341
ISBN: 970-721-265-9

Segunda Edición, 2007.

© 2004 Leticia Echeverría San Vicente, Gabriela Mariana Ruiz Torres, Martha Leticia Salazar Garza, Marcela Alejandra Tiburcio Sainz
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria
Av. Universidad 3004 Col. Copilco-Universidad

CP. 04510 México, D.F. Tel. 56-58-39-11 fax 56-58-37-44
e-mail: echevel@hotmail.com, gabrielaruiztorres@correo.unam.mx,
tibsam@imp.edu.mx, marthaleticiasg@salud.gob.mx

Impreso en México/Printed in Mexico
Diseño: Tri+ciclo diseño

Agradecemos todos los comentarios relativos a este manual a las direcciones antes mencionadas.

El presente trabajo debe ser citado como sigue:
Echeverría, S. V. L., Ruiz, T. G. M., Salazar, G. M. L., & Tiburcio, S. M. A. (2004). Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Curso de Capacitación para Profesionales de la Salud. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

**En memoria al
Dr. Héctor E. Ayala Velázquez †**

Índice General

	Presentación	7
I	Antecedentes Teóricos del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema	9
II	Guía de Intervención para los Profesionales de la Salud en el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema	49
III	Instrumentos de Evaluación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema	89
IV	Manual del Usuario: Guía para Personas que Quieren Cambiar su Forma de Beber	161



Presentación

El abuso de bebidas alcohólicas y la dependencia del alcohol representan en nuestro país un grave problema de salud pública, tanto por los costos que generan a la sociedad, como por sus efectos en los individuos y las familias. Se ha estimado que en México el abuso de alcohol, por sí solo, representa 9% del peso total de la enfermedad.

Contrariamente a lo que podría suponerse, la gran mayoría de los problemas asociados con el consumo de alcohol, no son presentados por quienes dependen de este, sino por aquellos que ocasionalmente abusan de él. Beber grandes cantidades mensual o semanalmente sigue siendo el patrón de consumo característico entre la población masculina, y cada vez con mayor frecuencia de la femenina. Esto se asocia con graves problemas sociales como: accidentes de tráfico y vehículo automotor, violencia familiar y riñas, entre otros. Baste citar como ejemplo los estudios realizados en diferentes ciudades del país que muestran como uno de cada cinco de los ingresos a salas de urgencias por eventos traumáticos presenta alcohol en la sangre, y como menos de uno de cada diez corresponde a personas dependientes del alcohol.

Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de detectar, de forma temprana, a aquellas personas que abusan del alcohol para detener la evolución de la historia natural de la dependencia y evitar las posibles consecuencias dañinas para su salud y la de quienes les rodean, mediante la aplicación de intervenciones de corta duración enfocadas de manera específica al consumo de alcohol y las situaciones asociadas al mismo.

La importancia de la participación del médico y demás personal de salud en unidades de primer contacto, respecto a la aplicación del presente modelo descansa en dos razones. En primer lugar, pueden tener un mayor acceso a la población que busca servicios por otros motivos de salud, lo cual posibilita la detección oportuna de “bebedores problema” (aquellos que, sin ser dependientes del alcohol, consumen de una manera que resulta perjudicial para su salud y su entorno social o familiar). En segundo término, diversos estudios documentan la gran capacidad de influencia que dichos médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras tienen en quienes les solicitan ayuda como factores motivadores para el cambio de conducta.



Este manual está conformado por cuatro secciones:


I. Antecedentes Teóricos del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Donde se exponen desde el panorama epidemiológico nacional relacionado con el abuso del alcohol, hasta el concepto de "bebedor problema", pasando por las diferentes modalidades de atención (incluyendo las intervenciones breves) y la Teoría del Aprendizaje Social que sustenta al modelo.

II. Guía de Intervención para Profesionales de la Salud en el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Explica paso a paso los procedimientos para detectar a los posibles usuarios del Modelo, evaluar su consumo y las situaciones asociadas a él, aplicar los procedimientos de intervención y realizar el seguimiento puntual del caso.

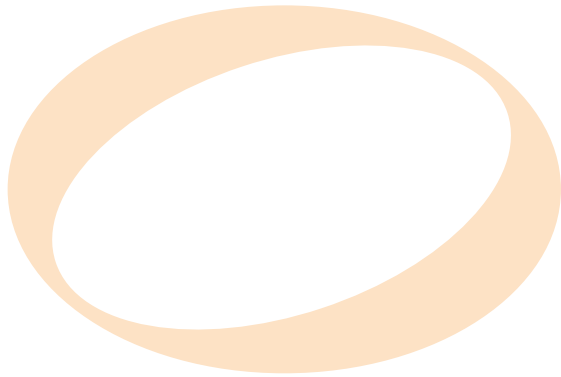
III. Instrumentos de Evaluación del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema. Incluyen una amplia gama de pruebas de naturaleza diversa que van desde

autorregistros, pruebas neuropsicológicas, entrevistas estructuradas y formatos varios, hasta cuestionarios de diagnóstico validados para la población mexicana.

IV. Manual del Usuario: Guía para Personas que Quieren Cambiar su Forma de Beber. Contiene una serie de lecturas y ejercicios para reproducir, y con las que el usuario trabajará en cuatro pasos.

De modo tal que el presente **Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema**, cumple con todas las recomendaciones que el Consejo Nacional contra las Adicciones en el Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas (2000) ha definido para los programas de intervención que es necesario desarrollar en nuestro país: deben tener un amplio alcance para llegar a toda la población, estar basados en el conocimiento científico, incluir estrategias de capacitación y evaluación, así como desarrollarse de acuerdo a las diferencias culturales, de edad y de género. 

Dr. Carlos José Rodríguez Ajenjo
Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones



I

Antecedentes teóricos del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema¹

¹Desarrollo y evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales de México. Proyecto Financiado por CONACYT. Registro Num. G 36266-H.

Índice

INTRODUCCIÓN	11
MÓDULO I Panorama Epidemiológico en México	13
MÓDULO II Alternativas de Intervención	17
MÓDULO III Teoría del Aprendizaje Social	23
MÓDULO IV Espectro de Bebedores y Oportunidades de Intervención	29
MÓDULO V Intervenciones Breves e Introducción al “Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema”	33
ANEXO Criterios del DSM-IV Preguntas más frecuentes respecto al consumo de alcohol	45

Introducción

Este documento es una guía para el personal de salud (médicos, psicólogos, trabajadores sociales) que esté interesado en ser capacitado para el manejo del **Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema**, que proporciona una opción de tratamiento a los bebedores problema o bebedores en riesgo.

Este modelo es una intervención motivacional que ayuda a personas con problemas en su forma de beber a comprometerse para modificar su conducta, así como reconocer y utilizar sus recursos para resolver los problemas relacionados con su consumo excesivo de alcohol. El usuario o cliente¹ detecta los problemas relacionados con su consumo excesivo, desarrolla un plan general para la solución de problemas para enfrentarse a las situaciones de consumo excesivo y lograr cambios en su comportamiento.

Las características principales de esta aproximación son:

1. **Evita calificar o etiquetar a las personas.**
2. **No confronta a la persona, sino escucha en forma reflexiva² y analiza la información, a fin de que el cliente se concientice sobre los riesgos y consecuencias relacionadas con su forma de consumo excesivo de alcohol.**
3. **Proporciona retroalimentación objetiva no amenazante a los clientes para evitar la resistencia.**
4. **Informa y orienta a los clientes acerca de cómo es posible el cambio de sus hábitos.**
5. **Permite a los clientes intervenir en la selección de metas y la planeación del tratamiento.**

El enfoque del **Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema** ayuda a los clientes a: fijar metas, encontrar razones para reducir o suspender su consumo actual de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso, y ayudarlos a desarrollar estrategias alter-

¹ En este documento no se utiliza el término paciente, sino cliente o usuario, porque no se considera a los bebedores problema como agentes pasivos; fomentando así la responsabilidad de la persona sobre su conducta y forma de consumo.

² Escucha reflexiva: El terapeuta utiliza la información que brinda el usuario para que éste aclare lo que ocurre con su consumo.




nas para enfrentarse a esas situaciones. Este modelo es similar al utilizado por el médico familiar para ayudar a sus pacientes a enfrentar muchos problemas de salud, por ejemplo: proporcionando información básica, consejo, motivando, monitoreando las condiciones para el cambio, retroalimentando y dando seguimiento.

El programa de **Auto-Cambio Dirigido** fue desarrollado por científicos de la *Addiction Research Foundation*, de Toronto, Canadá, fue adaptado por el Dr. Héctor Ayala, y su equipo de colaboradores, para utilizarlo en nuestro país. En la actualidad está siendo adaptado para profesionales de la salud en el ambiente de la Medicina Familiar.

Este curso incluye:

1. Un módulo epidemiológico, donde se hace una revisión de la incidencia, prevalencia, mortalidad y morbilidad del fenómeno de las adicciones.
2. Un módulo introductorio al modelo que profundiza sobre las diversas alternativas de tratamiento de las adicciones.
3. El fundamento teórico del modelo de intervención. **La Teoría del Aprendizaje Social.**
4. Un cuarto módulo que caracteriza a los diferentes tipos de bebedores y define al bebedor problema.
5. La descripción del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.

Después de estudiar este material, el profesional de la salud deberá ser capaz de:

- Entender la magnitud de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la práctica clínica
- Desarrollar habilidades clínicas para detectar, medir y tratar personas que tienen problemas con su forma de beber
- Reconocer el impacto positivo que tiene la detección temprana y la intervención breve en la salud del cliente y su bienestar 

Módulo I

Panorama Epidemiológico en México

OBJETIVO

Al finalizar este módulo el participante podrá:

- Describir la magnitud de los problemas relacionados con el abuso en el consumo de alcohol en México y, en particular, en la población derechohabiente del Sector Salud

¿QUÉ ES LA EPIDEMIOLOGÍA?

La epidemiología es la disciplina científica que combina el saber médico con el conocimiento de aquello que determina la enfermedad o que pone en riesgo de padecerla a los seres humanos, utilizando también otros conocimientos que permiten saber la frecuencia, la distribución y la evolución de la enfermedad en la población, mediante diversos métodos y herramientas.

En el caso específico de las adicciones, la epidemiología permite conocer la dimensión social de las adicciones, el grado de penetración que han alcanzado en la sociedad, y los daños que ocasionan en la salud y en la sociedad.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

Los resultados de la *Encuesta Nacional de Adicciones 2002*, señala que existen en el país 32'315,760 personas entre los 12 y 65 años que consumen alcohol. El volumen total de etanol consumido *per cápita*, por esta población alcanzó 2.79 litros,

y aumentó a 3.48 litros en la población urbana de entre 18 y 65 años de edad; y a 7.13 litros cuando se considera sólo a los varones. En la población rural adulta, el consumo *per cápita* se estimó en 2.72 litros. En los varones urbanos el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre los 30 y 39 años de edad (8.33 litros); en tanto que entre las mujeres el mayor consumo fue reportado en el grupo de 40 a 49 años; en la población rural de ambos sexos, el mayor consumo se observó también en éste último grupo de edad.

En la población urbana (entre 18 y 65 años de edad) existen 13'581,107 hombres (72.2% de la población urbana masculina), y 10'314,325 (42.7%) mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los 12 meses previos a la aplicación de la *Encuesta Nacional de Adicciones, 2002*; en la población rural hay 357,775 varones (18.9%) y 185,422 mujeres (9.9%).

El 44.4% de la población urbana y 62.7% de la población rural reportaron ser abstemios, es decir no



consumieron alcohol en los 12 meses previos al estudio, con una razón de dos mujeres por cada varón.

Los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el moderado alto (consumo mensual con cinco o más copas por ocasión) 16.9% de esta población y el consuetudinario que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez a la semana (12.4%) en tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión (4.8%).

Los índices de dependencia, en primer lugar lo ocupan los hombres rurales con 10.5% de la población total que vive en este tipo de comunidades, en segundo lugar los hombres urbanos con 9.3%. Los índices en las mujeres son muy inferiores, 0.7% entre aquellas mujeres que viven en zonas urbanas y 0.4% entre quienes viven en zonas rurales.

La **prevalencia** de bebedores en el nivel nacional muestra: para la región Centro que incluye a los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, Colima, Jalisco (sin considerar el área metropolitana de Guadalajara), Nayarit, Zacatecas, Morelos, Puebla, Tlaxcala y Estado de México el mayor porcentaje de consumo con 61.8%; para la región sur que comprende los estados de Michoacán, Guerrero, Veracruz, Tabasco, Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Oaxaca y Chiapas con 55.2%. En tanto que el menor índice de consumo se presentó en la región norte que abarca los estados de Baja California (sin considerar Tijuana), Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Durango, Chihuahua (sin considerar Cd. Juárez), Coahuila, Tamaulipas (sin considerar Matamoros), San Luis Potosí y Nuevo León con 53.1 por ciento.

El **tipo de bebida** de mayor consumo a nivel nacional es la cerveza con 67%, aproximadamente la mitad de la población bebedora consume destilados con 41%, vinos de mesa el 11.6%, los *coolers* un 12.8%, pulque 5.4% y alcohol de 96 grados 2.3%.

En esta misma encuesta se encontró que los problemas más frecuentes entre los varones rurales y urbanos son haber iniciado una discusión o pelea

con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en población rural y 11.6% en población urbana); en segundo lugar los problemas con autoridades sin incluir los de tránsito (8.4% en la zona urbana y 3.7% en zona rural); el haber sido arrestados mientras conducían después de haber tomado alcohol (3.2 y 2.4% respectivamente). Estos problemas son considerablemente menos frecuentes entre las mujeres habiendo sido reportados por menos de 3% de las bebedoras.

El **consumo crónico** de alcohol representa un elevado costo social. De las 4,355 defunciones debidas al consumo de drogas, las debidas al uso de alcohol (3,812) ocuparon el primer sitio con una tasa de 55.9 por millón de habitantes mayores de quince años de edad, abarcando 87.5% de las defunciones debidas a sustancias psicoactivas.

Asimismo, el INEGI (1999) señala que el **consumo excesivo** de alcohol se vincula con cinco de las diez principales causas de defunción en México en edad productiva, entre ellas: accidentes, patología cerebro vascular, cirrosis hepática, así como homicidios y lesiones en riña.

Sin embargo, la **intoxicación aguda** también se asocia con lesiones atendidas en salas de urgencia, costos para la familia derivados de problemas laborales, económicos, violencia, etc. Por ejemplo, el Servicio Médico Forense del Distrito Federal da a conocer que en el año 2000, en la Ciudad de México murieron diariamente tres personas en accidentes de tránsito u homicidios, en cuya sangre se detectó la presencia de alcohol.

México, con un total de poco más de 98 millones de personas, está formado por dos núcleos principales de población: la rural y la urbana. A pesar del alto grado de industrialización alcanzado existen en la actualidad, centros de población de difícil acceso y no mayores de 2,000 habitantes, a estos grupos se les define como población rural. Esta población desde el punto de vista cultural, presenta un mosaico multivariado de patrones, creencias, costumbres y formas de vida.

En la actualidad, poco se sabe acerca del consumo de alcohol y otras drogas, y de los problemas relacionados con estas conductas (Berruecos, 1988).

Investigaciones realizadas en **zonas rurales** de México revelan un alto consumo de alcohol en la población adulta de ambos sexos (Berruecos y Velasco, 1977); en zonas rurales de Puebla (García Alcaraz, 1972); en el Estado de México (Lomnitz, 1983); y en zonas suburbanas de la Ciudad de México.

Dichas investigaciones señalan que la producción clandestina de alcohol o bebidas típicas sin control sanitario es muy alarmante; y si se conjuga con la pobreza, la falta de oportunidades socioeconómicas y recreativas, un fuerte crecimiento demográfico, y una escasa atención médica, se revela como un problema de salud importante en nuestro país.

¿Cuál es el panorama en el sector salud?

Durante el año 2001 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) otorgó un total de 61,527 consultas médicas por problemas relacionados con el consumo de alcohol y drogas en unidades de medicina familiar, servicios de especialidades y de urgencias; donde las consultas originadas por problemas asociados al consumo de alcohol ocuparon el primer lugar en todos los grupos de edad. El alcohol muestra un aumento constante de acuerdo a la edad hasta ubicar el mayor porcentaje en el grupo de 50 a 59 años, alcanzando 91.8% de las consultas registradas en ese grupo.

En una investigación efectuada en el Instituto Mexicano del Seguro Social para población derechohabiente con una muestra formada por 41,121 sujetos, se identificó que 30.1% de los hombres y 6% de las mujeres mayores de 18 años reportaron consumir más de cinco copas por ocasión de consumo. El 17.6% de los hombres menores de 18 años y 6% de las mujeres se consideraban bebedores fuertes. Se pueden considerar bebedores en riesgo a 28.2% de los hombres y 4.8% de las

mujeres. Por otro lado, se reporta que 18.9% de las muertes en la población derechohabiente del Instituto fue por cirrosis hepática. (Peña Corona, 1995).

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), registra que entre 1998 y 2000 fueron detectados 980,000 pacientes con problemas de adicciones, de los cuales 39% están relacionados con el abuso en el consumo de alcohol o alcoholismo, es decir, 378,000 casos.

En 2001 en el concentrado nacional de adicciones del ISSSTE se registra 38% de pacientes asociados al consumo de alcohol. En lo que se refiere a edad, el grupo que con mayor frecuencia solicitó consulta por problemas asociados al consumo de alcohol fue el de 45 a 64 años.


Ante estos datos epidemiológicos (CONADIC, 2000) resulta importante el **desarrollar programas de intervención** en el campo de las adicciones que:

- Tengan amplio **alcance** para llegar a toda la población y apoyar a los jóvenes, las familias, y a la comunidad tanto urbana como rural
- Estén basados en el **conocimiento científico**, es decir, fundamentados en información objetiva
- Consideren a sustancias legales o ilegales
- Incluyan **acciones permanentes**, esto es, la capacitación y evaluación de las acciones
- Se desarrollen **acordes a las diferencias** culturales, de edad, género, etcétera

Conclusiones de Indicadores Epidemiológicos:

- El abuso del alcohol es un **grave problema** de salud pública en nuestro país
- Cinco de las 10 principales **causas de defunción** en México se asocian al consumo excesivo de alcohol
- Se presenta un alto consumo de alcohol en **zonas rurales** de México, en la población adulta de ambos sexos
- Las **mujeres** beben menos que los hombres, pero quienes lo hacen tienden a consumir en mayor cantidad



- El patrón de consumo típico en México es **explosivo-episódico**, es decir, la persona toma alcohol en grandes cantidades por ocasión, aunque lo hace en forma poco frecuente (mensual o semanalmente). Este patrón de consumo se presenta en el 20.8% de los hombres y en el 3.6% de las mujeres que viven en zonas urbanas; en el 21.2% de los hombres y 2% de las mujeres que viven en zonas rurales
- El **tipo de bebida** de mayor consumo a nivel nacional es la cerveza
- Es importante **desarrollar programas** de intervención: de amplio alcance, fundamentados en conocimientos científicos, que incluyan acciones permanentes 

REFERENCIAS

1. Berruecos, L. (1974) **The function of anthropology in drug addiction studies**. *Informa*, 2 (2), 9-14.
2. Berruecos, L. (1988). **Aspectos culturales del Consumo de Alcohol en México**. En: *Alcohol Consumption among Mexicans and Mexican Americans: A binational Perspective*. Los Angeles: University of California.
3. Berruecos, L. y Velasco, P. (1997). **Patrones de ingestión de alcohol en una comunidad indígena de la Sierra Norte de Puebla**. *Reportes especiales*, México: CEMESAM.
4. Consejo Nacional contra las Adicciones. **Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas**. 2002.
5. García, A. A. (1972) **El maguey y el pulque en Tepetlaoxtoc**. *Comunidad* 38, 460-475.
6. Lomnitz, L. (1983). **Supervivencia en una barriada de la ciudad de México**. *Demografía y Economía*, 7.
7. Peña Corona, M.P. (1995) **Accidentes, traumatismos y violencias asociadas con el consumo de alcohol atendidos en los servicios de urgencias en la zona Metropolitana de la ciudad de México**. *Aproximación costo-beneficio (documento interno)*, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
8. Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología (2002). **Encuesta Nacional de Adicciones 2002**, México.
9. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (2004). **Observatorio Mexicano**.

Módulo II

Alternativas de Intervención

OBJETIVO

Al finalizar este módulo el participante:

- Conocerá diversos tratamientos y su efectividad en la atención de personas con problemas de consumo de alcohol

¿QUÉ ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO EXISTEN ACTUALMENTE?

Desde una perspectiva convencional el alcoholismo es una enfermedad progresiva, irrefrenable, excepto en algunos casos de remisión espontánea inexplicables (Hill, 1985; Pattison y cols., 1977). En su versión más simple, el modelo de enfermedad progresiva dicta que individuos con cualquier evidencia clara de problemas de alcohol desarrollarán una dependencia severa si no dejan de beber (De la Fuente, 1987).

Este enfoque, predominante, sobre todo en las ciencias médicas, plantea como criterio de éxito y objetivo de tratamiento la abstinencia; y en él descansan tres aproximaciones fundamentales de intervención que son descritas a continuación.

1. USO DE MEDICAMENTOS

Los medicamentos empleados con más frecuencia para el tratamiento de los problemas de consumo de alcohol son los siguientes:

Antabuse (disulfiram). Bloquea la acción de la enzima aldehído-deshidrogenasa y genera acumulación de acetaldehído. Los síntomas que provoca son: enrojecimiento y calor en la cara, dolor en el pecho y taquicardia, náusea y vómito, sudoración, dolor de cabeza, vértigo, debilidad, dificultad para respirar y marcado descenso en la presión arterial.

Carbamide de calcio. Produce efectos más rápidos y una reacción similar a la anterior, como enrojecimiento de la cara, dolor de cabeza y dificultad en respirar, sin embargo, es menos tóxico que el antabuse o disulfiram.

Metronidazol. Esta sustancia también provoca respuestas antagónicas a la ingesta de alcohol, muy similares a las que se presentan con el antabuse.

Psicotrópicos. El uso de fármacos psicotrópicos ha sido reportado en algunos estudios. Su empleo se



basa en la suposición de que, si ciertos síntomas psiquiátricos son aliviados (como la ansiedad o la depresión), el consumo excesivo de alcohol disminuirá. Algunas de las sustancias empleadas son ansiolíticos, tranquilizantes, antidepresivos y antipsicóticos.

En estudios controlados ninguna de estas drogas ha mostrado de manera concluyente disminuir el consumo, y hay escasa evidencia de que la eliminación de síntomas decremente las tasas de reincidencia. Sin embargo, a pesar de los resultados mixtos, las drogas psicotrópicas siguen siendo uno de los tratamientos más comunes para alcohólicos.

Sin embargo, en los últimos años ha habido una mejor comprensión de los mecanismos moleculares que subyacen a las adicciones y en particular al alcoholismo crónico. Estos conocimientos se desarrollaron en un principio en estudios experimentales en animales y sólo recientemente en humanos. Los cambios en los diversos neurotransmisores y receptores en el tejido cerebral ante la presencia continua de alcohol se han denominado neuroadaptación, que se desarrolla tras un período de ingestión crónica. El alcohol estimula los sistemas de recompensa y, después de un período en presencia continua de alcohol, los receptores de recompensa se autorregulan a la baja como respuesta a la estimulación repetitiva. Durante la fase de abstinencia, los neurotransmisores y receptores se autorregulan a la alta como consecuencia de la falta de estimulación. Varios medicamentos bloquean dichos neurotransmisores y receptores, entre los fármacos más utilizados en la actualidad se encuentran el acamprosate, la naltrexona, el ondansetrón y la olanzapina. Su efectividad es variable y la terapéutica no es única, sino que se requiere apoyo psicológico o psicosocial. En esta área es necesario continuar la investigación para ofrecer nuevas alternativas. (Belsasso, 2002).

2. TERAPIA AVERSIVA

En las terapias aversivas se utilizan sustancias desagradables o estimulación eléctrica dolorosa apareadas con la ingesta de alcohol, en situaciones controladas, en un esfuerzo por establecer una **respuesta condicionada** negativa a la ingesta de alcohol. El objetivo es proporcionar al alcohólico un **tiempo fuera** temporal e involuntario para el abuso en el consumo de alcohol, y así crear una aversión al sabor, olor, y presencia del alcohol. Se asume que durante este tiempo el usuario tiene posibilidad de reordenar su vida y desarrollar patrones de conducta que sean incompatibles al consumo de alcohol.

3. PSICOTERAPIA

El uso de psicoterapias individuales y de grupo con un énfasis en el **insight** como base del proceso terapéutico han sido y continúan siendo la estrategia de intervención más usual con los alcohólicos, a pesar de que no representan un tratamiento de elección efectivo para estos.

Algunas de las orientaciones psicoterapéuticas más empleadas son de corte psicoanalítico, psicoterapia grupal, sistémica, grupos de autoayuda (programas de 12 pasos), entre otros.

Debido a la carencia de investigaciones en donde se pueda comprobar su efectividad, no se sabe aún para qué tipo de alcohólicos resulta favorable (Matakas, Koesler y Leidner, 1978).

¿QUÉ SON LOS TRATAMIENTOS ORIENTADOS A LA MODERACIÓN?

La carencia de resultados positivos consistentes en la investigación realizada en las áreas señaladas y en las Ciencias Sociales, sobre todo en Psicología, ha resaltado lo controversial de emplear la abstinencia como único indicador de efectividad o como la meta única de tratamiento.

El postulado de la aproximación socio-médica de que **“el lograr la abstinencia necesariamente disminuye los problemas que enfrenta el be-**

bedor", no ha sido apoyada consistentemente por la investigación reciente en las ciencias sociales (Baekeland, 1977; Emrick, 1982; Hill y Blane, 1967; Miller y Hester, 1980; 1987). De la misma manera, asumir que al recibir tratamiento de cualquier tipo o calidad es mejor que no recibir tratamiento alguno, tampoco ha sido validado por estudios con control experimental (Emrick, 1975; Armor y cols., 1976; Sánchez-Craig y Lei, 1986).

Por otra parte, un número considerable de investigaciones sobre la progresividad del alcoholismo ha revelado que sólo una minoría de individuos que presenta problemas con su consumo en cierto momento, continuará teniéndolos con igual o mayor magnitud en el futuro si continúan bebiendo (Mandel, 1983; Pattison y cols., 1977). El patrón de consumo más típico es aquél que se caracteriza por períodos de problemas en la ingesta de diferente severidad, interrumpidos por períodos de abstinencia, o beber moderado no problemático.

Una respuesta a estos hallazgos, como también a los resultados de moderación, es la idea de que el "alcoholismo" es un síndrome específico que sólo es aplicable a una minoría de individuos que muestran progresión y otros atributos de los "verdaderos" alcohólicos (Hill, 1985); y que un grupo más grande de personas muestra patrones de consumo variables, porque son un tipo cualitativamente diferente de bebedores, o sea bebedores problema.

Aún si el síndrome de dependencia al alcohol fuese establecido empíricamente, éste sólo tendría aplicación a una proporción muy pequeña de los que se ven afectados por problemas de alcohol. Bajo esta consideración, se estima que se ha puesto un énfasis demasiado grande en un segmento menor del problema (individuos con dependencia al alcohol) mientras que se ha ignorado por largo tiempo a una población más grande e importante, que representa a aquellos que abusan del consumo de alcohol, también llamados bebedores problema.

El bebedor problema es aquella persona que tiene problemas identificables cuando consume alcohol, pero no ha experimentado los síntomas mayores de abstinencia al alcohol. Este tipo de bebedores existe en número superior a los bebedores con dependencia severa. (Calahan y Room, 1974; Fillmore y Midanik, 1984; Polich y cols., 1981; Vaillant, 1983).

El reconocimiento de las necesidades de tratamiento de los bebedores problema tiene un historial muy corto, a pesar de que la investigación también ha demostrado que el tratamiento más adecuado para el bebedor problema difiere en forma importante de los tratamientos tradicionales, que se han desarrollado para individuos con dependencia severa (Babor, Ritson y Hodgson, 1986; Heather y Robertson, 1983; Hill, 1985; Miller y Hester, 1998; Orford, Oppenheimer y Edwards, 1976).

Los bebedores problema parecen beneficiarse más con tratamientos breves de consulta externa que de tratamientos residenciales intensos. Por otro lado, éstos se interesan más en moderar que en dejar de beber totalmente, sin importar los consejos que reciban durante el tratamiento.

Pattison, Sobell y Sobell (1977) presentaron un catálogo de 74 estudios documentando los resultados de consumo controlado, aproximadamente 12% de más de 10,000 pacientes bebieron moderadamente en el seguimiento. Al revisar los estudios se encontró que en 17% la meta de tratamiento fue la moderación, siendo 63% de 1,600 pacientes los que reportaron poder controlar su consumo. ***"Es necesario enfatizar que esto no quiere decir que el consumo moderado deba adoptarse como meta para todos los bebedores problema, la tarea del terapeuta debe ayudar al bebedor a seleccionar la modalidad de tratamiento óptimo en cada caso"***. (Miller y Caddy, 1977).

Independientemente de los resultados hasta ahora obtenidos, la abstinencia sigue siendo una



recomendación viable, mientras estas nuevas alternativas sean probadas en investigación (Fox, 1976; Nathan, 1976). Las ventajas de la moderación siguen siendo muchas, es más aceptable para los bebedores problema, en etapa inicial y por lo tanto puede ser más exitosa que los métodos tradicionales (Lovibond, 1975 y Caddy, 1977; Miller y Joyce, 1979). Por otra parte, para aquellos pacientes que repetidamente fallan en la abstinencia, el consumo moderado puede ofrecer una alternativa efectiva (Nathan, 1976). Finalmente, algunos autores señalan que para una persona que por sus características requiere abstenerse de beber pero se muestra renuente, es benéfico permanecer un tiempo con un consumo moderado para que se compruebe que éste no es posible.

Resumiendo, considerar como la prioridad principal en el campo establecer un sistema de tratamiento enfocado predominantemente al entendimiento y tratamiento de individuos con dependencia severa al alcohol, ha traído consigo una preocupación excesiva en un pequeño segmento de la población afectada por problemas en su consumo de alcohol, como un intento por salvar un modelo explicativo que ha carecido por mucho tiempo de una base empírica sólida. Esta incesante dedicación y defensa del conocimiento convencional sobre el alcoholismo (De la Fuente, 1987) ha impedido el progreso hacia la reducción del impacto de los problemas de alcohol en la sociedad.

Lo que se necesita es una nueva aproximación al estudio y la solución a los problemas de alcohol; una aproximación que sea completa, multidimen-

sional y consistente con la evidencia empírica que está ya accesible.


Recientemente se han desarrollado programas de tratamiento más sofisticados para abordar los problemas de abuso en el consumo de alcohol, hay varios factores que han contribuido a ese cambio:

- a) La efectividad limitada de los tratamientos tradicionales.
- b) Conceptualizaciones sobre el abuso en el consumo de alcohol cada vez más complejas y multivariadas (Marlatt y Gordon, 1985; Sobell y Sobell, 1987; Finney, Moos y Newborn, 1980); y
- c) La creciente influencia de factores cognitivos en la terapia conductual (Bandura, 1986; Beck, 1976; Marlatt y Gordon, 1985).

Las características centrales de estos tratamientos combinan aproximaciones anteriormente descritas e incluyen:

- Técnicas de auto-control
- Análisis funcional del consumo (identificación de los antecedentes y consecuencias de situaciones de beber de bajo y alto riesgo)
- Reestructuración cognoscitiva
- Desarrollo de estrategias de enfrentamiento para manejar situaciones de alto riesgo de ingestión

Estas nuevas aproximaciones se basan en la evidencia experimental y científica, así como en la búsqueda de opciones de tratamiento cada vez más efectivas.

A continuación se presentan las bases teóricas que apoyan las nuevas opciones de tratamiento con énfasis en la moderación. 

REFERENCIAS

1. Armor, D. J., Polich, J. M., y Stambul, H.B. (1976). **Alcoholism and treatment**. Santa Mónica, CA: Rand. xiii, 216pp.
2. Babor, T. F., Ritson, E. B., y Hodgson, R. J. (1986). **Alcohol-related problems in the primary health care setting: A review of early intervention strategies**. *British Journal of Addiction* 81(1), 23-46.
3. Baekeland, F. (1977) **Evaluation of treatment methods in chronic alcoholism**. In B. Kissin & H. Begleiter (Eds.) *The biology of alcoholism*, 5. Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic, (385 – 440) New York: Plenum.
4. Bandura, A. (1986). **The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory**. *Journal of Social & Clinical Psychology*. 4(3) 359-373.
5. Beck, A.T. (1976) **Cognitive Therapy and the Emotional Disorders**. New York: International Universities Press.
7. Cahalan, D., & Room, R. (1974). **Problem drinking among American men**. Piscataway, NJ, US: Rutgers Center of Alcohol Studies. xiv, p.p.269.
8. De la Fuente, J. R., y Kershenobich, D. (1987). **Timely detection of the alcoholic patient and liver damage**. *Salud Mental*. 10(4) 76-80.
9. De la Fuente, R. (1987). **Alcoholism and alcohol abuse: A complete view**. *Salud Mental*. 10(4), 45-51.
10. Emrick, C.D. (1975). **A review of psychologically oriented treatment of alcoholism: II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment**. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 36, 88-108.
11. Emrick, C. D. (1982). **Psychologists offer alcohol abusers a chance for self-growth**. *Bulletin of the Society of Psychologists in Substance Abuse* 1(2), 37-38.
12. Fillmore, K, M., & Midanik, L. (1984). **Chronicity of drinking problems among men: A longitudinal study**. *Journal of Studies on Alcohol*, 45 (3), 228–236.
13. Finney, J. W., Moos, R. H., Mewborn, C.R. (1980). **Posttreatment experiences and treatment outcome of alcoholic patients six months and two years after hospitalization**. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 48(1), 17-29.
14. Fox, R. (1967) **A multidisciplinary approach to the treatment of alcoholism**. *American Journal of Psychotherapy*, 123, 769-778.
15. Heather, N., & Robertson, I. (1983). **What we would most like to know: Why is abstinence necessary for the recovery of some problem drinkers?** *British Journal of Addiction*, 78(2) 139-144.
16. Hill, M. J., & Blane, H. T. (1967). **Evaluation of psychotherapy with alcoholics**. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. 28(1), 76-104.
17. Lovibond, S. H. (1975) **Use of behavior modification in the reduction of alcohol-related road accidents**. In K.G. Gitestam, G.L. Melin & W.S. Dockens (Eds.). *Applications of behavior modification*, 399-406, New York: Academic Press.
18. Marlatt, G. A. y Gordon, J.R. (1985) **Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**, New York: Guildford Press.
19. Miller, W. R., y Caddy, G. R. (1977). **Abstinence and controlled drinking in the treatment of problem drinkers**. *Journal of Studies on Alcohol*, 38(5) 986-1003.
20. Miller, W. R. & Hester, R.K. (1980) **Treating the problem drinker: Modern Approaches**. In W.R. Miller (Ed.) *The addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*, 11-141, Oxford: Pergamon.
21. Miller, W. R. & Joyce, M.A. (1979) **Prediction of abstinence, controlled drinking and heavy drinking outcomes following behavioral self-control training**. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 47, 773-775.
22. Nathan, P. E. (1976) **Alcoholism**. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of behavior modification and behavior therapy*, 3-44, New York: Appleton-Century-Crofts.
23. Orford, J., Oppenheimer, E., y Edwards, G. (1976). **Abstinence or control: The outcome for excessive drinkers two years after consultation**. *Behavior Research & Therapy*. 14(6) 409-418.
24. Pattison, E., & Mansell. (1977). **Ten years of change in alcoholism treatment and delivery systems**. *American Journal of Psychiatry*, 134 (3), 261-266.
25. Pattison, E.M., Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1977) **Emerging Concepts of Alcohol Dependence**. New York: Springer.



26. Polich, J. M., Armor, D. J. y Baiker, H.B. (1981) **The course of alcoholism four years after treatment.** New York: Wiley.
27. Sánchez-Craig, M., y Lei, H. (1986) **Disadvantages to imposing the goal of abstinence on problem drinkers: An empirical study.** *British Journal of Addiction.* 81(4), 505-512..
28. Sobell, M., & Sobell, L. (1987). **Conceptual issues regarding goals in the treatment of alcohol problems.** *Drugs & Society.* 1(2-3) 1-37.
29. Vaillant, G. E. (1983). **Natural history of male alcoholism: V. Is alcoholism the cart or the horse to sociopathy?** *British Journal of Addiction.* 78(3), 17-326.

Módulo III

Principios de la Teoría del Aprendizaje Social

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo, el participante podrá:

- Identificar los principios básicos de la Teoría del Aprendizaje Social en los que se fundamenta el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema
- Describir con base en la Teoría del Aprendizaje Social, qué es la conducta adictiva

¿QUÉ ES LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL?

En contraste con los modelos de enfermedad que sólo consideran la presencia o ausencia de la enfermedad, donde hay una progresión inevitable hacia el alcoholismo, la **Teoría del Aprendizaje Social (TAS)** expresada por Bandura (1969, 1967, 1978, 1982 y 1985), se basa en la premisa de 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 sostiene que los patrones de conducta, las normas sociales y las culturales se adquieren mediante la observación de un modelo, favoreciendo de esta forma, el aprendizaje de determinadas conductas, pero asimismo es posible desaprender aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo.

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. Sin embargo, estos comportamientos son sujetos de cambio y pueden ser modificados por la aplicación de los principios de la Teoría del Aprendizaje Social.

Además de todos estos factores externos, la Teoría del Aprendizaje Social recalca la importancia de los procesos simbólicos vicarios y auto-reguladores de la conducta:

1. Simbolización. Permite el desarrollo de los modelos cognoscitivos internos, de la experiencia que sirve como guía para la toma de decisiones. Permite al individuo generar y probar alternativas.
2. Anticipación de la acción y establecimiento de metas. Las representaciones cognoscitivas de los eventos futuros tienen un impacto causal fuerte sobre las acciones. Junto con la simbolización,



la anticipación tiene un papel fundamental en la determinación de las elecciones de la conducta en un contexto ambiental específico.

3. Aprendizaje vicario. Este se da por la observación de la conducta de otras personas y sus consecuencias. Esta es la raíz de la definición de la teoría, ya que el aprendizaje social –los patrones de conducta y las normas sociales y culturales– se adquieren mediante la observación de un modelo.

4. La autorregulación. Se refiere a la capacidad de regular la conducta a través de un estándar interno y de reacciones auto-evaluativas.

5. La capacidad auto-reflexiva es la capacidad de reflexionar acerca de los pensamientos e ideas propias y su monitoreo.

6. Determinismo recíproco. En el planteamiento de esta tesis los individuos son agentes activos en determinar su destino, es también en el modelo del aprendizaje social sobre uso y abuso del alcohol una suposición importante, ya que los modelos médicos asumen al individuo como un enfermo y los modelos biológicos asumen al individuo como un ser pasivo. La Teoría del Aprendizaje Social supone al individuo con una orientación adaptativa que puede elegir el alcohol como medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conductas para lograr sus fines.

7. Expectativa de auto-eficacia. La Teoría del Aprendizaje Social enfatiza el mecanismo de auto-eficacia, para explicar como el pensamiento afecta a la acción y como los patrones de conducta son seleccionados por los individuos. Este mecanismo se refiere a la percepción de la propia capacidad para realizar una determinada acción para tratar efectivamente una demanda. La expectativa de auto-eficacia supone que el individuo tiene habilidad suficiente para afrontar una situación específica, estas expectativas de eficacia influyen directamente sobre el desarrollo y mantenimiento del alcohol, y se relacionan con las predicciones acerca de la recuperación y las recaídas.

La perspectiva que enfatiza la **TAS**, es que existe una interacción multideterminada entre factores biológicos, medioambientales, cognoscitivos, emocionales y psicológicos, y es esta interacción de factores la que puede favorecer el aprendizaje de determinadas conductas, pero asimismo nos permite el re-aprendizaje de aquellas conductas que no favorecen el desarrollo del individuo o que son poco adaptativas.

Un cuidadoso análisis del comportamiento inadecuado puede llevar a un plan de tratamiento que se centra en modificar las respuestas que da el cliente (usuario) a su medio ambiente enfatizando la responsabilidad que tiene éste en la elección de estas 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 autoevaluación que permitan reflexionar acerca de las conductas, pensamientos e ideas propias
- Entrenamiento en habilidades de autoeficacia, que permitan al individuo afrontar una situación específica, influyendo directamente en el desarrollo y mantenimiento de la conducta

De esta forma la **TAS** supone que el individuo puede elegir el alcohol como un medio para alcanzar sus metas, pero también puede elegir otros tipos de conducta para lograr sus fines. Por esta razón es posible predecir y tratar la conducta adictiva.

APLICACIÓN DE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL EN EL CAMPO DE LAS ADICCIONES

La **TAS** en el campo de las adicciones difiere de las teorías tradicionales de adicción que se enfocan en un modelo de enfermedad médica, enfatizando en

la farmacología de las propiedades –psicológicas del alcohol y sus efectos (Collins y Marlatt, 1983). El énfasis primario de las teorías biológicas es que es un proceso bioquímico incontrolable donde el individuo adicto es considerado como una víctima de la enfermedad y los agentes químicos.

La **TAS** considera que:

1. Aprender a consumir bebidas alcohólicas es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización dentro de una cultura. Gran parte del aprendizaje tiene lugar en la infancia, aún antes de que el niño o el adolescente pruebe el alcohol, este aprendizaje se da de manera indirecta, por las actitudes, expectativas, y creencias que los individuos tienen acerca del alcohol, y de forma directa por el modelamiento o aprendizaje observacional del consumo de bebidas alcohólicas. Los patrones de consumo de alcohol se aprenden dentro de un contexto general de socialización, por lo que en las diferentes etapas vitales de desarrollo como la infancia, la adolescencia y la adultez se encuentra que las creencias que tienen las personas acerca del uso y abuso del alcohol, difieren en concierto a los cambios que se observan en las fuerzas de socialización (Cellucci, 1982; Zucker, 1979; Plant, 1979). La Teoría del Aprendizaje Social sustenta que la familia y los compañeros 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 (Biddle y cols., 1980).

2. Existen factores que predisponen a los individuos a consumir en exceso, estos pueden ser de naturaleza biológica, sociológica, o psicológica, asimismo, pueden ser de naturaleza heredada o aprendida. Estos factores interactúan con variables situacionales y sociales e influyen en el consumo inicial del alcohol. Los factores genéticos y farmacológicos pueden incrementar el riesgo del abuso de alcohol en individuos vulnerables. Los

factores psicosociales incluyen déficits o excesos en las habilidades, como incompetencia social o dificultad al manejar emociones negativas. La ausencia de los modelos de consumo moderado o la presencia de los modelos de consumo excesivo pueden también resultar en un alto riesgo de abuso en el consumo.

3. Las experiencias directas con el alcohol son variables muy importantes, ya que la persona al consumir alcohol obtiene beneficios como el reducir la tensión que le causa la interrelación 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 y éste tiene la facultad de elevar el grado de aparición de la conducta que refuerza.

4. Ya que el consumo de alcohol puede ser utilizado como una forma de afrontar a corto plazo las demandas de una situación estresante, o aligerar las consecuencias aversivas, es altamente probable que esta conducta se siga presentando, en especial en aquellas personas en las que sus capacidades de afrontamiento se encuentran disminuidas, es decir, en personas que tienen un déficit de habilidades sociales. Los efectos bifásicos del alcohol explican en parte cómo el alcohol puede elegirse, tanto para reducir estados de afecto negativo, como para incrementar estados de afecto positivo. En estos casos, diversos factores bioquímicos interactúan con factores psicológicos para producir ciertos resultados específicos (Melo, 1968).

5. 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 del alcohol, y estos disparan una necesidad de consumo que es una respuesta condicionada por los estímulos medioambientales; esta respuesta condicionada provocará que el individuo busque alivio a través del uso del alcohol, lo que eventualmente propiciará



un fenómeno de pérdida de control (Pomerleau, Fertig, Baker y Cooney, 1983). Así, la reactividad a señales internas y ambientales puede establecer las bases para el consumo excesivo, en donde la primera copa actúa como un estímulo condicionado para continuar consumiendo alcohol.

6. Dentro de la Teoría de Aprendizaje Social, la tolerancia y la dependencia física al alcohol se consideran determinantes del consumo sostenido de alcohol. Se sostiene que la tolerancia promueve un incremento en el consumo al disminuir los atributos del reforzamiento positivo del uso del alcohol, por lo que el individuo necesita consumir mayores cantidades de alcohol para lograr un valor de reforzamiento de igual magnitud, la tolerancia se adquiere a través del condicionamiento clásico. Por otro lado, se considera que la dependencia física trae consigo un aumento en el consumo de alcohol como una manera de evitar los efectos de dolor experimentados por los efectos del retiro del alcohol que ocurre en periodos de abstinencia agudos (Hershon, 1977). Es aquí cuando el consumo de alcohol es reforzado de manera negativa, para evitar las consecuencias desagradables de la no ingesta de alcohol, o sea evita el síndrome de abstinencia.

7. La dependencia física al alcohol y el síndrome de abstinencia también pueden explicarse como fenómenos que surgen a través de procesos de condicionamiento clásico y condicionamiento operante, las señales medio ambientales del olor o la presencia del alcohol en si misma, produce lo que provocará una necesidad adicional de ingerir más alcohol, como un entremés lo produce con la comida.

8. En el abuso del alcohol existen también una serie de consecuencias negativas a largo plazo que se empiezan a hacer presentes. Entre estas tenemos: problemas familiares, problemas sociales, y medio ambientales. Podemos mencionar los problemas más comunes que empiezan a formar parte de la vida de los individuos por un uso excesivo

de alcohol, pérdida de empleo, separación familiar, mal humor, agresión, aislamiento social, además de iniciarse un deterioro de la salud, pudiendo manifestarse una serie de síntomas que hacen evidente su estado de salud. El individuo con un consumo excesivo empieza a estar aislado y con muy pocas alternativas de enfrentar los problemas, por lo que la tensión se ve incrementada. Generalmente hay pérdida de apoyo social, la persona pierde su auto-eficacia y la capacidad de afrontamiento. De esta manera se inicia un círculo vicioso, ya que el individuo se ve a sí 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.


9. Existe una serie de factores que afectan el consumo de alcohol, factores sociales, situacionales e individuales. Éstos varían entre individuos y en el momento, por lo que la Teoría del Aprendizaje Social asume que no hay una combinación de factores que se requiera para producir un consumo abusivo, no hay una personalidad adictiva, un marcador genético o situaciones medio ambientales específicas. Tampoco existe una progresión inexorable de etapas al alcoholismo; en contraste existen múltiples rutas biopsicosociales para el uso, abuso y recuperación de una forma de beber problemática, sujeta a los mismos principios del aprendizaje social. La recuperación dependerá de la habilidad del individuo para elegir y explorar formas alternas de afrontamiento.

Características complementarias del modelo de consumo desde la **TAS**:

1. Hay determinantes distales que pueden predisponer al consumo excesivo de alcohol: actitudes familiares hacia el consumidor, edad de éste, habilidades sociales, habilidades generales de afrontamiento, factores disposicionales genéticos, historia de abuso familiar, influencia de los amigos, y varios más. Los determinantes distales tienen sólo un

efecto indirecto en el comportamiento de beber en un determinado momento.

2. Hay, por otra parte, determinantes próximos, que pueden fungir como reguladores directos del comportamiento de beber: expectativas del efecto del alcohol, señales internas y externas, factores situacionales, habilidades

específicas de afrontamiento, modelamiento, historia previa de consumo y varios más. Los determinantes distales, sólo a través de su influencia en los determinantes próximos, pueden jugar un papel de consideración en el desarrollo y mantenimiento del consumo excesivo de alcohol. 

REFERENCIAS

1. Bandura, A. (1969). **Principles of behavior modification**. NY: Holt, Rinehart, & Winston. (1969). ix, 677.
2. Bandura, A. (1978) **The self-system in reciprocal determinism**. New York: Holt, Rinehart & Winston, 33, 334-358.
3. Bandura, A. (1982) **Self-efficacy mechanism in human agency**. *American Psychologist*, 37, 122-147.
4. Bandura, A. (1985) **Social foundations of thought and action**. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall.
5. Biddle, B. J., Bank, B. J. & Malin, M.M. (1980) **Social determinants of adolescent drinking: what they think, what they do and what I think they do**. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 215-241.
6. Cellucci, T. (1982) **The prevention of alcohol problems: Conceptual and methodological issues**. In P. M. Miller & T.D. Nirenberg (Eds.) *Prevention of alcohol abuse*, 15-33, New York: Plenum Press.
7. Collins, R. L. & Marlatt, G. A. (1983) **Psychological correlates and explanations of alcohol use and abuse**. In B. Tabakoff, P. Sutker & C. Randall (Eds.) *Medical and social aspects of alcohol abuse*, 273-308, New York: Plenum Press.
8. Cooney, N. L., Baker, L. & Pomerleau, O.F. (1983) **Cue – exposure for relapse prevention in alcohol treatment**. In K.D. Craig & R. J. McMahon (Eds.) *Advances in clinical behavior therapy*, 194-210, New York: Brunner Mazel.
9. Hershon, H. I. (1977) **Alcohol withdrawal symptoms and drinking behavior**. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 953-971.
10. Mello, N. K. (1968) **Some aspects of the behavioral pharmacology of alcohol**. In D.H. Efrom (Ed.), *Psychopharmacology: A review of progress, 1957-1967*, Public Health Service Publication 1836, 787-809, Washington, D.C.: Government Printing Office.
11. Plant, M. A. (1979) **Learning to drink**. In M Grant & P. Gwinner (Eds.) *Alcoholism in perspective*. Baltimore: University Park Press.
12. Zucker, R. A. (1979) **Development aspects of drinking through the young adult years**. In H.T. Blane and M. E. Chafetz (Eds.) *Youth, alcohol and social policy*. New York: Plenum.

Módulo IV

Espectro de Bebedores y Oportunidades de Intervención

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo el participante podrá:

- Identificar los diferentes niveles de consumo de alcohol y los problemas asociados con estas formas de consumo
- Diferenciar entre los diversos grados de dependencia al alcohol

ESPECTRO DE BEBEDORES

Actualmente se reconoce el hecho de que no toda la población que bebe en exceso presenta necesariamente síntomas de dependencia, por el contrario, los problemas relacionados al abuso en el consumo de alcohol se manifiestan en un amplio rango de consecuencias: médicas, psicológicas y sociales.

Los datos epidemiológicos obtenidos a través de encuestas en hogares, indican que el alcohol no causa problemas a la mayoría de la población adulta de nuestro país, aproximadamente 42% de la población de 18 a 65 años de edad o más son abstemios, 27% son bebedores ocasionales, y otro 24% o más son bebedores de moderados a fuertes. Skinner (1990) ha observado que esta distribución es consistente en diferentes poblaciones.

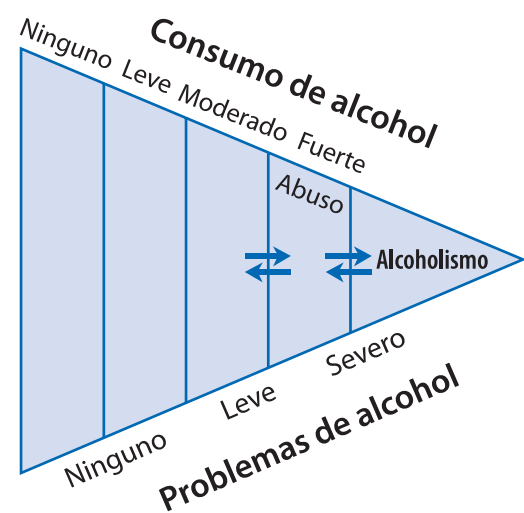


Figura 1

En la figura 1, es importante resaltar que sólo un reducido número de personas muestra mayor número de síntomas de dependencia al alcohol de acuerdo a los



criterios definidos por la CIE-10, que representa un porcentaje bajo de la población. Se estima que en México esta proporción es de 9%. Comúnmente son denominados "alcohólicos" y hasta la fecha han sido el centro de atención en el ámbito del diagnóstico y tratamiento.

Los datos de la figura 1 sugieren que hay dos subpoblaciones que tienen problemas de leves a moderados. Como se ha mencionado, esta población no muestra síntomas crónicos de dependencia al alcohol y no son alcohólicos en el sentido tradicional.

Ellos pueden beber episódicamente (los fines de semana por ejemplo) en niveles que los ponen en un riesgo mayor de tener problemas de salud. Además, pueden haber presentado en el pasado algunas consecuencias sociales o psicológicas relacionadas con su consumo de alcohol.

ESPECTRO DE RESPUESTAS DE INTERVENCIÓN

Tradicionalmente, los esfuerzos de la profesión médica se han centrado en atender a los "alcohólicos", mientras que ha dedicado escasa atención a los programas de intervención temprana.

Mucha gente que bebe en forma riesgosa no busca tratamiento para sus problemas de consumo de alcohol. Más aún, este tipo de problemas con frecuencia no se detectan en los hospitales o en la práctica médica, a pesar de que los pacientes que los presentan utilizan los servicios de salud con regularidad.

Algunas investigaciones han demostrado que la población más afectada, puede mejorar significativamente disminuyendo el número y severidad de los problemas que presentan, a través de programas breves de reeducación o de aprendizaje de nuevas conductas; sin embargo, este tipo de intervenciones no se utilizan.

A pesar de que las actividades de prevención primaria pueden tener un impacto en la reducción del consumo de alcohol en todo el espectro de bebedores, estos programas con frecuencia se diri-

gen a grupos específicos de personas –a mujeres embarazadas, a jóvenes que se han iniciado en el consumo de alcohol, por ejemplo. El tratamiento especializado (prevención terciaria) generalmente se lleva a cabo mediante programas dirigidos a tratar la dependencia al alcohol o drogas, y se ocupan principalmente de personas que cumplen con los criterios de dependencia (figura 2).

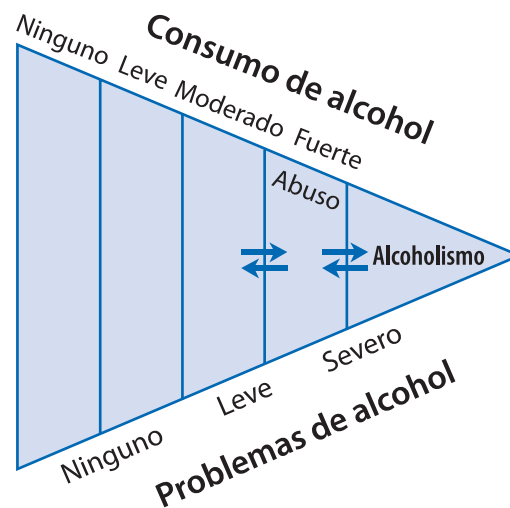


Figura 2


La alternativa a estas dos aproximaciones es la prevención secundaria que incluye la identificación temprana de personas que pueden estar bebiendo "con riesgo" pero que no han manifestado síntomas crónicos de dependencia. La prevención secundaria puede realizarse en centros médicos, escuelas, agencias de servicio social o centros de trabajo.

La detección temprana e intervención breve en problemas de alcohol representa, el objetivo central de muchas investigaciones realizadas durante la década de los años ochenta. Los hallazgos de algunos de esos estudios coinciden en señalar que ciertas estrategias sencillas, tales como el consejo breve por parte del médico u otros profesionales de la salud, pueden ser efectivas para la reducción del consumo del alcohol entre la población que

consume excesivamente, sin presentar síntomas de dependencia.

Estas investigaciones han generado excelente material de entrenamiento, además de manuales de autoayuda e instrumentos prácticos para la detección temprana.

La prevención secundaria de los problemas relacionados al consumo de alcohol, pretende contribuir a desarrollar en los individuos un

punto de vista objetivo en relación a su consumo, es decir, aprender a ver lo que hacen y no lo que ellos son. Este punto de vista los libera de culpas y actitudes defensivas que perjudican su percepción del problema. En lugar de ver a la persona que bebe en exceso como víctima pasiva, se favorece su participación activa y se fomenta su responsabilidad a lo largo del tratamiento. 

REFERENCIAS

1. Skinner, H. (1990). **Spectrum of drinkers and intervention opportunities.** *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 143. pp. 1054-1059.
2. Wallace, P., Cutlers, S. y Haines, A. (1988), **Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption.** *British Medical Journal*, 297, 663-668.

Módulo V Introducción al Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema

OBJETIVOS

Al finalizar este módulo el participante:

- Conocerá los antecedentes de trabajos realizados para bebedores en riesgo
- Describirá los elementos comunes de una intervención breve efectiva
- Describirá los diferentes niveles de consumo de alcohol, y los problemas asociados con la forma de ingesta
- Identificará las principales características de un bebedor problema
- Diferenciará entre diversos grados de dependencia al alcohol

¿QUÉ SON LAS INTERVENCIONES BREVES?

Un concepto importante desarrollado en los últimos diez años, es que la mayoría de los problemas relacionados con el consumo del alcohol ocurre en personas que no son dependientes al alcohol, es decir, no son bebedores crónicos o como tradicionalmente se les ha llamado, no son alcohólicos. Muchas de las personas que sufren accidentes, problemas laborales, de salud, o dificultades familiares, relacionados con el abuso en el consumo del alcohol, son bebedores cuyos consumos son agudos, es decir consumen cantidades fuertes, aunque no sea en forma frecuente.

Históricamente la atención de los especialistas a estos problemas se dedicaba a las personas con dependencia severa al alcohol, dejándose a un lado a aquellas que tenían consumos agudos. Esto ha cambiado afortunadamente y se ha profundizado

en la necesidad de enfrentar todo el espectro de las personas que consumen alcohol.

En el pasado, el tratamiento se dirigía a identificar personas con alcoholismo (dependencia severa) y referirlas a un tratamiento. La investigación en estas tres décadas ha demostrado la necesidad de detectar estos problemas en forma temprana, e iniciar intervenciones breves para reducir el consumo excesivo y los problemas asociados.

El término **intervención breve** incluye una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados, etc. La descripción de La Organización Mundial de la Salud es: **“estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol (drogas) que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento**



antes de que lo soliciten por su propia voluntad –y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles problemas. Esta intervención está dirigida a individuos que no han desarrollado dependencia severa”.

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.

Fue a finales de los años setenta cuando se inicia la investigación acerca de bebedores problema. Marlatt (1977) desarrolló una prueba llamada *Perfil del bebedor problema*. Este perfil evaluaba diferentes datos sobre el consumo, lo interesante es que una de sus secciones estaba diseñada para que los sujetos participaran en la elaboración de su propia meta de consumo de bebidas alcohólicas (la moderación o la abstinencia). Durante esos años aparecen reportes de investigación en los que se evaluaba la efectividad de intervenir con bebedores problema, y utilizar un *consejo breve*.

La base teórica para los estudios de intervención breve son los trabajos de Edwards, Marlatt y Miller en 1977. Entre los estudios realizados por Miller y sus colaboradores, se encuentra uno donde se utilizó biblioterapia en forma de un manual de auto-ayuda, cuyos resultados mostraron que el uso de materiales de apoyo podían ser tan efectivos como una intervención más compleja (Miller y Sovereign, 1989).

Con estos antecedentes, muchos investigadores comenzaron a trabajar sobre variadas formas de intervención, utilizando diferentes maneras para 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 anteriormente, podían ser una alternativa adecuada para tratar a personas que bebían en exceso.

En la Gran Bretaña se hizo un estudio con 909 bebedores excesivos, se utilizó el consejo breve del médico para reducir o dejar de consumir alcohol, em-

pleando para ello un folleto de auto-ayuda, tarjetas para llevar a cabo un auto-registro del consumo de alcohol y un documento describiendo el compromiso contraído por el usuario. El estudio mostró cambios significativos al disminuir el consumo de alcohol (Wallace, 1988).

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 de los efectos en la salud, asociados con el consumo excesivo de alcohol; un total de 1,655 sujetos participaron (1,336 fueron hombres y 299 mujeres). En el diseño central el grupo experimental tuvo una entrevista en la que se hablaba de la salud y de los efectos negativos que el abuso de bebidas alcohólicas tenían en ella. La sesión duraba 20 minutos y se hizo un seguimiento a los seis meses, obteniendo resultados significativos en la reducción del consumo del alcohol y una reducción en la frecuencia de consumo (Babor, 1987).

En Oxford, Inglaterra, se condujo un estudio para evaluar la eficacia de una sola sesión de orientación breve en hombres de entre 18 y 69 años que bebían más de 20 copas de alcohol por semana. Se encontró en el grupo experimental un decremento significativo en el consumo de alcohol (Anderson, Scott, 1993). Intervenciones breves tan sencillas como un simple consejo, como se muestra en el siguiente ejemplo, se han descrito en la literatura científica. Después de una emergencia un técnico especializado tendrá una entrevista breve, con el bebedor excesivo, para evaluar y discutir la forma de consumir alcohol, se da interés particular en la empatía y en la forma de dar el consejo al paciente, al que también hay que transmitirle interés y respeto. En esta investigación 5% fue destinado al grupo control, 65% recibió un consejo breve, los sujetos se eligieron en forma aleatoria, subsecuentemente se designó un especialista en tratamientos. Los resultados mostraron un decremento en el consumo de alcohol (Chafetz, 1968).

Otras estrategias simples fueron 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, a quienes se les envió la carta, acudieron a continuar con el tratamiento (51%), mientras que a quienes no se les envió la carta, solamente regresó 31% (Koumans y Muller, 1965). Otras investigaciones encontraron efectos benéficos al enviar cartas o hacer llamadas telefónicas a los clientes, logrando un aumento considerable para que regresaran al tratamiento, (Intagliata, 1976; Niremberg, Sobell y Sobell, 1980; Panepinto y Higgins, 1969). Se reportó que 82% de los usuarios completaron el tratamiento cuando el consejero los llamó comparado con 37% debido a que la responsabilidad fue totalmente del usuario.

En el Hospital General de Nueva Zelanda se seleccionaron 263 clientes con problemas de alcohol, excluyéndose a todos los que presentaban complicaciones físicas. Todos los sujetos usaron un auto-reporte y una serie de pruebas y registros para medir los problemas al consumir alcohol. Aleatoriamente fueron repartidos en dos grupos: un grupo recibió consejo y el otro no; el grupo que recibió el consejo de un especialista (un psicólogo con el que se habló acerca de su inaceptable e inapropiada conducta de consumir el alcohol) sugiriendo que necesitaba ayuda. Estas personas aceptaron ser referidos a un consejero sobre problemas con el alcohol. El grupo control no recibió la intervención breve ni fueron referidos. Después de un año de seguimiento, en los casos referidos se observó una mejoría en los problemas causados por el alcohol, disminuyeron los problemas en el trabajo, aumentaron sus períodos de sobriedad, mostraron mayor satisfacción en sus relaciones y también se observó un aumento en días de sobriedad. Sin embargo, después de 18 meses de seguimiento, no se observaron diferencias significativas.

Otros estudios para el cuidado de la salud, consideran a la intervención breve importante por el impacto directo que tiene sobre la conducta.

Las investigaciones cuestionan si hay relación entre una intervención breve y la abstinencia al alcohol. En una primera experiencia experimental Kristenson y sus colaboradores invitaron a todos los hombres entre 46 y 53 años de edad, de una pequeña región de Suecia, para participar en una prueba de tamizaje. El 76% de este grupo contestó la prueba; éstos tenían una alta calificación en la medida de una enzima, la Gamma Glutamil Transferasa (GGT), que es alta en bebedores fuertes; se les preguntó acerca de su forma de beber y cuando más tarde se confirmaron sus problemas con el alcohol, fueron incluidos en el estudio. A partir de este momento se repartieron de forma aleatoria entre una intervención breve y otra condición de control. En el grupo de intervención breve, el consejero fue un médico que motivó a los bebedores, a moderar su consumo, quienes recibían de una enfermera los reportes médicos mensuales y trimestrales del estado que guardaba su salud. Al grupo control se les notificaron por escrito los resultados elevados de sus pruebas y hubo un seguimiento de un año. Algunos de los grupos no mostraron diferencias significativas en la pre-evaluación. La intervención breve en el grupo evidenció una gran reducción en la enzima GGT y tuvo significativamente pocos días de enfermedad, y hospitalización, la tasa de mortalidad fue la mitad de la presentada en el grupo control después de seis años de seguimiento, (Kristenson y cols., 1983).

En Inglaterra y Escocia se investigaron los efectos que el consejo podía tener en bebedores. El consejo era dado por un practicante de medicina general a pacientes catalogados como bebedores fuertes (286 mujeres, 641 hombres). De manera aleatoria hombres y mujeres recibieron consejo, un año después el grupo mostró tener una reducción en el consumo, en relación al grupo control. En hombres (no en mujeres) también el grupo mostró una reducción significativa en GGT y en la presión sanguínea alta (Wallace, Cutler y Haines, 1988).

En Francia, en 1970, el Ministerio de Salud apoyó un programa de clínicas de consulta externa para



realizar intervenciones breves, como parte de un proyecto de alcance nacional. Aunque no se realizó una evaluación con un grupo control, los resultados mostraron el bajo costo de la intervención, la accesibilidad, y la aparente efectividad al atender a un amplio número de bebedores en riesgo.

En Nuevo México (EUA), Miller y sus colaboradores, desarrollaron una intervención breve conocida como *"la lista de chequeo del bebedor"*, basada en una retroalimentación sistemática de los resultados, dada a los usuarios sobre los resultados de su evaluación. En el primer experimento se documentó una significativa reducción del consumo entre 28 bebedores problema, quienes contestaron la lista de chequeo del bebedor. Seis semanas después repitieron la lista de chequeo del bebedor y se encontró una reducción de 29%, este resultado, aunque modesto, soportó sin embargo 18 meses de seguimiento y fueron confirmados por entrevistadores colaterales (Miller y Sobering, 1989). Estos hallazgos fueron replicados en una segunda prueba aleatoria, con 42 bebedores problema y se encontró una reducción de 57% en el consumo, el cual se mantuvo después de un año de seguimiento (Miller, Benefield y Tonigan, 1993).

En Escocia, Heather y sus colaboradores, reportaron los resultados de dos estudios controlados de intervención breve. En el primero, los sujetos fueron repartidos aleatoriamente entre un manual para reducir el consumo o un folleto educativo no específico. A seis meses de seguimiento el grupo que utilizó el manual, mostró una reducción significativa en el consumo de alcohol, un mejor control de los problemas causados por el alcohol, y una mejoría en la salud física. Sin embargo, a un año de seguimiento las diferencias entre los grupos no fueron significativas, se piensa que el seguimiento de seis meses pudo haber causado la mejoría en el grupo experimental, (Heather, Witton y Robertson, 1986).

Dentro de las experiencias experimentales, la intervención breve se ha utilizado como una forma de motivar al cliente para un tratamiento más intensivo.

La primera y más clásica de estas experiencias fue hecha por Edwards en 1977, la muestra fue de 100 sujetos que acudieron a una clínica familiar contra el alcoholismo como pacientes de consulta externa, y recibieron inicialmente tres horas de tratamiento motivacional. Los 100 sujetos fueron repartidos en forma aleatoria a una de dos situaciones experimentales, la mitad fue a una sesión donde se daba una crítica constructiva concerniente a lograr la abstinencia, la otra mitad fue asignada a un tratamiento estándar, que consistía en una plática introductoria al sistema de alcohólicos anónimos, medicación antidistrófica y la medicación para controlar los síntomas del síndrome de abstinencia.

Este tratamiento fue dado por un médico psiquiatra, además recibieron un tratamiento dedicado a la pareja que fue dado por un trabajador social. Este estudio tuvo un seguimiento de diez años, y a pesar que no se reportaron diferencias significativas entre los grupos (Edwards y cols., 1977). Este estudio muestra como una estrategia breve, puede ser tan efectiva como un tratamiento más costoso y complicado.

Los elementos comunes de una intervención breve efectiva son:

- Retroalimentación sobre los riesgos que se corren al beber en exceso, 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 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 ser empático, hay claras evidencias de cómo el estilo terapéutico afecta de manera positiva los resultados en una intervención breve (Miller, 1985)
- 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.

¿A QUIÉN ESTÁN DIRIGIDAS LAS INTERVENCIONES BREVES?

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, ocurren 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 son bebedores problema y no cumplen los criterios relativos al alcoholismo.

Históricamente, el tratamiento como ya lo hemos mencionado, se enfocaba al bebedor crónico, pero esto ha cambiado y ahora se reconoce la necesidad de enfrentar todo el espectro de los problemas relacionados con el consumo de alcohol.

El cambio a un trabajo más amplio tiene implicaciones importantes para la atención de primer nivel. En el pasado, el médico familiar identificaba personas con alcoholismo y las refería a tratamientos especializados. La investigación en estos últimos 10 años ha demostrado que el papel del médico es diferente (NIAAA, 1993).

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, 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 (Fleming, 1994).

Estimaciones realizadas en Estados Unidos, indican que médicos familiares (consulta externa) pueden esperar que del 15 al 20% de sus pacientes del sexo masculino y del 5 al 10% de sus pacientes mujeres, estén en riesgo de, o ya tienen problemas con su forma de beber.

Pero como la definición de los diferentes tipos de bebedores está basada en la relación de cierta cantidad de alcohol y los efectos o consecuencias en diversos ámbitos. Mientras más se bebe, mayor riesgo de consecuencias.

La definición está dada en términos de cantidad de alcohol y frecuencia de uso (el punto exacto de corte varía por país). El NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) tiene la siguiente definición: un trago estándar por ocasión para la mujer y dos por ocasión para el hombre. En otros países, donde el consumo no es diario, se recomienda no exceder la ingesta de dos a cuatro tragos por ocasión. Ya que parece haber un efecto protector para el problema de isquemia hasta con 3 tragos por ocasión. Lo que si es seguro es que nunca debe excederse la cantidad de cuatro tragos estándar por ocasión ni de doce tragos estándar, por semana. Este parámetro es muy útil, ya que los profesionales de la salud necesitan utilizar niveles de consumo para definir que es riesgo. Por ejemplo, así como una persona con niveles de presión arterial por arriba de 140/90 está en riesgo de problemas cardiovasculares secundarios a la hipertensión, de igual manera alguien que bebe más de cuatro tragos por día está en riesgo de un problema de hígado o de corazón.

Los siguientes ejemplos ilustran los diferentes tipos de bebedores:



DESCRIPCIÓN	TIPO DE BEBEDOR
<p>José es un profesional de 33 años que bebe de 2 a 3 veces por semana con amigos y en familia. Rara vez bebe más de 3 tragos estándar. No le gusta la sensación de estar intoxicado y nunca maneja un automóvil si bebió de más. No tiene problemas de salud y no tiene factores de riesgo tales como historia de abuso familiar o consumo de otras sustancias.</p>	<p>BEBEDOR DE BAJO RIESGO Bebe menos de 1 a 2 tragos por día, no bebe más de 4 por ocasión y no bebe en situaciones de riesgo.</p>
<p>Juan es un albañil de 55 años que bebe de 2 a 3 cervezas diarias. No ha cambiado su forma de beber en los últimos 20 años. Rara vez bebe más de 3 cervezas por día. Hace 5 años que no se emborracha. Su esposa, con la que lleva 30 años de casado, no bebe y sus hijos consumen alcohol y marihuana ocasionalmente.</p>	<p>BEBEDOR EN RIESGO Puede tener accidentes de trabajo, depresión, problemas de presión o colesterol y el consumo de alcohol lo puede poner en riesgo o puede ser que nunca experimente efectos adversos en su salud, o accidentes relacionados con esta condición.</p>
<p>María es una estudiante de postgrado, de 25 años, soltera, que bebe de 4 a 5 tragos, 1 o 2 veces a la semana. Recientemente fue tratada en el hospital por una herida en la cabeza, pues se resbaló al salir de su casa. Algunas veces, cuando va a fiestas con amigos, consume más de 5 tragos. Muchas veces maneja sola a casa después de haber bebido en exceso. No tiene historia de consumo en la familia. Ella dice que puede controlar su consumo.</p>	<p>BEBEDOR PROBLEMA Puede tener accidentes automovilísticos que pongan en riesgo su vida, por manejar bajo los efectos del alcohol u otra consecuencia conductual.</p>
<p>Pedro es un contador de 32 años, casado. Su esposa se queja de su alto grado de consumo; y ya lo ha dejado varias veces. En los dos últimos años ha tenido accidentes automovilísticos serios. Consume 10 cubas una vez a la semana, pero generalmente se intoxica, excepto cuando va a casa de sus padres. Es trabajador, pero ya empieza con faltas al trabajo. Nunca bebe solo y limita el consumo a las reuniones con los amigos. Entró a urgencias por manejar intoxicado y tener un accidente que involucró una muerte. Su presión sanguínea es de 160/110, y los exámenes de GGT revelaron indicadores de lesión hepática. Se le recomendó la abstinencia.</p>	<p>DEPENDENCIA SEVERA Presenta pérdida de control ante el consumo, conflictos familiares, laborales, pérdida de memoria, problemas legales y en algunos casos dependencia física (síndrome de abstinencia).</p>

Como ya se ha comentado, tradicionalmente se pensaba que los problemas aquí descritos seguían una progresión natural, desde los signos tempranos hasta la etapa final de alcoholismo. Las personas afectadas desarrollarían el alcoholismo en forma progresiva y crónica. Sin embargo, los pacientes generalmente experimentan períodos de uso problemático interrumpidos por períodos de no consumo. Algunos individuos abusan del consumo de alcohol a lo largo de su vida de adultos, experimentando problemas menores. Otros tienen problemas familiares, laborales o sociales. Algunos dejan de utilizar sustancias por sí mismos. Otros llegan presionados por la familia o el jefe, a un tratamiento. Muchos experimentan recaídas después de haber “jurado”. Hay personas que beben una o dos veces al año, pero se involucran en serios accidentes o en peleas muy fuertes y dejan de beber debido a las consecuencias.

El manejo de las personas con consumos problemáticos incluye el cambio a largo plazo de su patrón de consumo. En contraste con aquellos tratamientos en donde el médico puede utilizar la cirugía o medicamentos, el tratamiento de la hipertensión, diabetes o problemas de consumo de alcohol, dependen totalmente de que el paciente tome una acción. Nadie puede obligar a una persona a cambiar su patrón de alimentación o de consumo de alcohol. Muchos de estos cambios son difíciles de lograr y de mantener. El cambio generalmente requiere abstenerse de realizar actividades placenteras. Modificar la dieta, hacer ejercicio o dejar de beber, requieren de una serie compleja de cambios en la conducta.

Sin embargo, existen razones para ser optimistas. Muchos bebedores problema logran la abstinencia o el consumo de bajo riesgo. Las tasas de modificación de formas de consumo son más altas para los bebedores problema que para las personas con consumos crónicos.

Antes de concluir intentemos llegar a algunas consideraciones sobre los bebedores problema. *En primer lugar, no presentan una dependencia severa ni reportan síntomas de retiro. Su consumo los pone en riesgo, el consumo problemático data de menos de diez*

años, y en la mayoría de los casos no han buscado tratamiento. Tienen mayor estabilidad económica y laboral en comparación con quienes tienen una dependencia más severa. Normalmente cuentan con redes sociales, familiares y laborales intactas, sin embargo, ya ha habido llamadas de atención en alguna de estas áreas. Es importante destacar que los bebedores problema no se perciben como alcohólicos o diferentes de aquéllos que no tienen problemas con la bebida. Otro dato importante es que el consumo diario, no es una característica. En México, generalmente permanecen sin consumir 5 de cada 7 días.

Por último, podemos identificar que reportan *pérdida del control al consumir y episodios de consumos controlados.*

En pocas palabras una *definición clínicamente útil de un bebedor problema es aquella persona que:*

1. *Bebe más de los límites de 12 tragos estándar por semana (hombres adultos).*
2. *Bebe más de los límites de 9 tragos estándar por semana (mujeres adultas).*
3. *Bebe más de 5 tragos estándar por ocasión.*
4. *Puede haber desarrollado problemas físicos o sociales como resultado de su forma de beber.*
5. *No presenta características clínicas de dependencia severa al alcohol, tal como preocupación por el alcohol, síntomas del síndrome de abstinencia o consecuencias sociales o físicas severas por su patrón de consumo.*

¿QUÉ EFECTIVIDAD TIENE ESTE TIPO DE INTERVENCIONES BREVES?

Un cierto número de ensayos aleatorios han demostrado que las intervenciones breves por parte de los médicos, (abarcando desde una sesión de consejo de 15 minutos hasta varias sesiones de asesoría, como el *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve*) producen reducciones modestas aunque significativas en el consumo de alcohol entre bebedores problema.

Las pruebas mostraron decrementos mayores en el consumo de alcohol en hombres, en el grupo



experimental que en el grupo de control, de 5 y 20 tragos estándar por semana. Los resultados con mujeres fueron inconsistentes, tal vez por la dificultad de obtener una muestra de tamaño adecuado. El estudio Malmo, en Suecia, el más prolongado hecho sobre intervenciones breves (cinco años) mostró diferencias clínicas importantes en los resultados (reducciones marcadas en el número de días de hospitalización y en ausentismo).

Otra manera de ver el cambio en el consumo, es calculando la proporción de usuarios que disminuyen de niveles de consumo intenso a consumo moderado. En los estudios realizados en Oxford, Reino Unido, y el de la OMS, el 44%, 22.5% y 24% de hombres respectivamente, redujeron su consumo a niveles moderados, comparado con el 26%, 5% y 17% de hombres en los grupos de control.

Mientras que estos cambios parecen modestos, tienen un significado enorme en la salud pública. Para ilustrarlos en el estudio del Reino Unido se observó que 44% de los hombres que recibieron una intervención breve de parte del médico, redujeron su consumo de alcohol a menos de 14 tragos por semana, comparado con 26% en el grupo de control, o sea una diferencia de 18 por ciento.

PREGUNTAS COMUNES SOBRE LAS INTERVENCIONES BREVES PARA BEBEDORES PROBLEMA

¿Todos los pacientes con problemas con el consumo de alcohol necesitan tratamiento especializado e intensivo?

Los profesionales de la salud encuentran la idea de las intervenciones breves como algo novedoso, porque están acostumbrados al modelo de tratamiento para usuarios severamente dependientes del alcohol: tratamiento intensivo en ambientes especializados, con la abstinencia como meta del tratamiento. Los estudios sugieren que mientras los usuarios con dependencia severa al alcohol pueden responder mejor al tratamiento intensivo, los bebedores problema responden en forma similar a las intervenciones breves.

Ya que las intervenciones breves son considerablemente menos costosas que los programas con pacientes internos y han demostrado ser efectivas y razonables, lo primero es intentar las intervenciones breves, especialmente en casos no severos. Esto es consistente con el enfoque general aceptado en medicina, de iniciar con una intervención menos intensa e incrementar la intensidad hasta obtener el resultado deseado.

¿Es aceptable recomendar a los bebedores problema que reduzcan su consumo en lugar de adoptar la abstinencia?

La reducción en el consumo de alcohol como meta del tratamiento también es un concepto nuevo para los profesionales de la salud. Mientras que la abstinencia permanece como el tratamiento a elegir para usuarios con dependencia severa, los bebedores problema a menudo responden mejor a un plan de tratamiento que les permite elegir entre la abstinencia o reducir la cantidad consumida. La abstinencia es inaceptable para muchos usuarios; diversas investigaciones indican que los bebedores problema, bajo tratamiento, tienen mejores probabilidades de convertirse en bebedores moderados que en abstemios, aunque la abstinencia sea la meta principal del programa de tratamiento.

PRESENCIA DE SÍNTOMAS CLÍNICOS

RELACIONADOS CON UN CONSUMO EXCESIVO

Estar alerta a la presencia de traumatismos o accidentes, hipertensión, problemas psicológicos y problemas sociales.

Estar especialmente alerta a problemas de consumo excesivo en mujeres y en los de edad avanzada, ya que los profesionales de la salud tienen rangos de detección menores en estos grupos.

Ninguna prueba de tamizaje, como el **BEDA**, (ver el capítulo de Evaluación) es sensible en el 100%, de manera que los profesionales de la salud necesitan estar alertas a la presencia de síntomas clínicos asociados con el consumo excesivo.

Las presentaciones más comunes en la consulta familiar son:

- Accidentes
- Síntomas gastrointestinales
- Gastritis
- Dispepsia no específica
- Diarrea recurrente
- Hipertensión
- Depresión
- Ansiedad
- Insomnio
- Disfunción familiar y social
- Problemas sexuales

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL?

El consumo del alcohol repercute negativamente no sólo en los individuos que lo consumen, sino que afecta en alto grado a la comunidad a la que pertenece; es decir, las alteraciones producidas no se limitan a los daños orgánicos de los individuos afectados, sino que también se extienden a la salud mental y al bienestar económico y social de la colectividad. Las repercusiones sociales agravan los problemas estructurales existentes en la sociedad. El consumo excesivo de alcohol y el alcoholismo, afectan de manera significativa a la comunidad. El tipo de daño depende en gran medida del patrón de consumo excesivo de las bebidas alcohólicas. En términos generales, el consumo excesivo de alcohol se puede tener dos facetas: la primera corresponde a episodios agudos con grandes cantidades, y la segunda a un consumo excesivo crónico. (Narro, Meneses, González, Gutiérrez y Ávila, 1994).

EFFECTOS DE LOS EPISODIOS DE CONSUMO AGUDO

- Accidentes automovilísticos
- Atropellamientos y caídas
- Suicidio
- Violencia
- Embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual

EFFECTOS DEL CONSUMO EXCESIVO CRÓNICO

- Cáncer de la cavidad oral, faringe, laringe, esófago e hígado
- Cirrosis hepática
- Síndrome Alcohólico Fetal o del feto alcohólico (SAF)
- Hipertensión
- Hemorragias
- Efectos en el sistema gastrointestinal
- Disfunción sexual
- Efectos en el sistema nervioso

METABOLISMO DEL ETANOL

Al ingerirse los alimentos se digieren en el estómago antes de pasar al intestino delgado. Esto no sucede con el etanol, que es absorbido rápidamente, una cantidad a través del estómago y otra a través del intestino delgado, pasando a la corriente sanguínea para distribuirse en todos los tejidos, algunos de los cuales lo absorben en mayor cantidad. Por ejemplo, se concentra más en el cerebro que en los músculos.

El cerebro es muy sensible a la acción del etanol. Aproximadamente 30 segundos después de haber ingerido el contenido de una copa, se empiezan a sentir los efectos en varias de las funciones normales del cerebro. Si no se continúa bebiendo, el cerebro recupera su funcionamiento normal en aproximadamente una hora y los discretos efectos provocados por esta dosis, desaparecen sin haber provocado ningún trastorno y otro efecto.


Como la mayoría de los nutrientes, el etanol es procesado en el hígado. Este proceso se llama metabolismo y consiste en la transformación del etanol en acetaldehído. Un tóxico altamente irritante de inmediato se oxida para convertirse en acetato por la acción de las enzimas, el cual a su vez se disuelve en varios componentes que, tras un proceso de oxidación, eventualmente se convierte en bióxido de carbono y agua. La eliminación del etanol en el cuerpo es sólo una cuestión de tiempo. La tasa de eliminación depende de la actividad enzimática y esto varía de un individuo a otro.



Sólo una pequeña cantidad, 10% aproximadamente, escapa al proceso de oxidación y es eliminada por la orina, por los pulmones (lo que explica el aliento alcohólico) y por la transpiración.

En forma genérica se podría decir que el organismo de una persona de regular corpulencia, aproximadamente oxida el etanol contenido en una copa en un lapso de 1 hora, bajo el supuesto de que no continúe bebiendo.

Aunque la capacidad y la velocidad para oxidar el etanol varían de una persona a otra, una regla que

puede tenerse en cuenta es la siguiente: un individuo de aproximadamente 70 Kg de peso, oxidará unos 12 c. c. de etanol (un trago estándar) cada 60 minutos, lo que significa que si se consume una copa por hora, se evitará la intoxicación. Imponiéndose este límite, se puede evitar la acumulación excesiva de alcohol etílico en la corriente sanguínea, manteniendo así la sobriedad. Por otro lado, cuando se consume a mayor velocidad de la que el cuerpo necesita para oxidarlo, se acumula en el torrente sanguíneo y esto produce la intoxicación. 

REFERENCIAS

1. Anderson, P. And Scott, E. (1992) **The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men.** *British Journal of Addiction*, 87, 891-900.
2. Babor, T. F., Conney, N.L., y Laurenman R. J. (1987) **The dependence syndrome concepts as a psychological theory o relapse behavior: An empirical evaluation of alcoholic and opiate addicts.** *British Journal of Addiction*, 82, 1987.
3. Babor, T. F., Korner, P., Wilber, C. y Good, S. P. (1987), **Screening and early intervention strategies for harmful drinkers: Initial lesson from the Amethyst Project.** *Australian Drug and Alcohol Review*, 6, 139-157
4. Bien, T., Miller, W. Y Tonigan, J. (1993) **Brief interventions for alcohol problems: a review.** *Addictions*, 88, 315-336.
5. Chafetz, M. E. (1968), **Research in the alcohol clinic of around the-clock psychiatric service of the Massachusetts General Hospital.** *American Journal of Psychiatry*, 124, 1674-1679.
6. Edwards Marlatt y Miller (1977); et. Al. **Alcoholism: A Controlled Trial of Treatment and Outcome.** *Q.J. Stud Alcohol*.
7. Fleming, M.F., Barry, K. L., Davis, R., Kropp, S. Kahn, R. & Rivo, M. (1994). **Medical education about substance abuse. Changes in curriculum and faculty between 1976 and 1992.** *Academic Medicine*, 69, 362-369.
8. Heather, N., Whitton, B., y Robertson, I. (1986), **Evaluation of a self-help manual for media-recruited problem drinkers: Six month follow-up results.** *British Journal of clinical psychology*, 25, 19-39.
9. Intagliata, J. (1976) **A telephone follow-up procedure for increasing the effectiveness of a treatment program for alcoholics.** *Journal of Studies on Alcohol*, 37:1330-1335,1976.
10. Koumans, A. J. R. y Muller, J. J. (1965) **Use of letters to increase motivation for treatment in alcoholics.** *Psychological Reports*, 21, 327-328.
11. Kristenson, H., Ohlin, H., Hulten,-Nosslin, M.B., Trell, E. y Hood. B (1983) **Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: Results and follow-up of 24-60 ,omths of long-term study with randomized controls.** *Alcoholism Clinical and Experimental Research* , 7, 203-209.
12. Marlatt, G.A. y Marques, J.K. (1977) **Meditation, self-control, and alcohol use.** En: Stuart, R.B. (Ed.) *Behavioral Self-management: Strategies, Techniques, and Ountcomes*, 117-153. New York: Brunner/Mazel.
13. Miller, W. R. y Sovereing R. G. (1989), **The Check-up: A model for early intervention in addictive behaviors.** En T. Loberg, W. R. Miller, P. E. Nathan y G.

- Marlatt (comp.), *Addictive behaviors: prevention and early intervention*. Amsterdam, Swets & Zeitlinger, pags 219-231.
14. Niremberg, T. D., Sobell, L. C. y Sobell, M. B. (1980), **Effective and inexpensive procedures for decreasing client attrition in an outpatient alcohol treatment program**. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 7, 73-82.
15. 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.
16. Wallace. P. Cutler, S. y Haines, A. (1988), **Randomized controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption**. *British Medical Journal*, 297, 663-668.

Anexo

Criterios del DSM- IV para Diagnosticar Abuso y Dependencia de Sustancias Adictivas

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS:

A. Un patrón de consumo de sustancias adictivas maladaptativo; es decir, que la cantidad, frecuencia y forma en la que el individuo toma o ingiere dicha sustancia, le está ocasionando problemas clínicamente significativos o de estrés disfuncional. Se manifiesta cuando en un período de 12 meses, se presentan uno (o más) de los siguientes síntomas:

1) Uso frecuente de la sustancia que **impide al individuo cumplir con sus obligaciones y responsabilidades** laborales, escolares o del hogar (por ejemplo, ausencias frecuentes en el trabajo o pobre calidad en su desempeño debido al consumo de sustancias; reportes, llamadas de atención, suspensiones escolares; rebeldía en los niños y jóvenes para realizar sus tareas y asignaciones del hogar).

2) Consumo frecuente de sustancias adictivas en situaciones en las que este **consumo es riesgoso** (por ejemplo, manejar un automóvil o alguna maquinaria cuando se está afectado por el consumo).

3) **Problemas legales** frecuentes asociados al consumo (por ejemplo: arrestos por conductas asociadas al consumo de sustancias adictivas).

4) Consumo continuado de sustancias adictivas a pesar de **todos los problemas sociales en sus relaciones interpersonales producidos por su consumo**. (Por ejemplo: problemas con la esposa, pleitos y violencia física).

B. Los síntomas no alcanzan los criterios de dependencia en el consumo de la sustancia adictiva.

Criterios Diagnósticos de Dependencia a la Sustancia Adictiva:

Un patrón de consumo maladaptativo que lleva al individuo a padecer alteraciones clínicas o estrés disfuncional, y se manifiesta en tres o más de los siguientes síntomas que ocurren en el mismo período de doce meses:

1) **Tolerancia**, que se define por alguno de los siguientes criterios:

a) La necesidad de incrementar la cantidad de sustancia consumida, para alcanzar el estado de intoxicación o el efecto deseado.

b) La disminución del efecto de la sustancia adictiva, si ésta se continúa consumiendo en la misma cantidad.

2) Manifestación del **Síndrome de Abstinencia**, a partir de alguno de los siguientes indicadores:



a) El síndrome de abstinencia de la sustancia consumida (referirse a los criterios A y B del conjunto de consideraciones del síndrome de abstinencia para cada sustancia específica).

b) Se consume esa misma sustancia adictiva u otra similar para evitar o liberarse de los síntomas del síndrome de abstinencia.

3) Se consume con frecuencia la sustancia adictiva en **grandes cantidades** por períodos de duración más prolongados de los que se pretendía hacerlo.

4) Hay un **deseo persistente** de consumir la sustancia y esfuerzos infructuosos para abstenerse del consumo de la sustancia adictiva.

5) Se invierte **gran cantidad de tiempo** en actividades que le permitan obtener la sustancia adictiva (por ejemplo, acudir a múltiples visitas médicas y manejar largas distancias para obtenerla), para consumirla (fumarla), o para recuperar-se de sus efectos.

6) Hay una **disminución y reducción de las actividades sociales**, ocupacionales o recreativas que se efectuaban, debido al consumo de la sustancia.

7) Se continúa consumiendo la sustancia adictiva a pesar de saber que se tiene un **problema recurrente de salud física o psicológica** que puede ocurrir o puede empeorar a partir de dicha ingesta (por ejemplo seguir consumiendo cocaína, a pesar de saber que ésta induce la depresión, o continuar tomando alcohol, a pesar de saber que éste consumo empeora la úlcera).

Especificar si:

En la Dependencia Fisiológica: Hay evidencia de tolerancia o del Síndrome de abstinencia (por ejemplo si ambos reactivos: 1 o 2 están presentes).

Si **no hay** dependencia Fisiológica: No hay evidencia de tolerancia ni de síndrome de abstinencia (por ejemplo al no estar presentes los reactivos 1 y 2).

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES DE LOS PACIENTES RESPECTO AL CONSUMO DE ALCOHOL

Los clientes o usuarios frecuentemente tienen una serie de preguntas o preocupaciones referentes a su consumo de alcohol, la necesidad de modificar su patrón de consumo, y su habilidad para hacerlo. A continuación se incluyen una serie de preguntas que las personas pueden plantearle a usted como profesional y se le sugieren algunas respuestas que podrían serle de utilidad para informar y apoyar a sus pacientes.

Mi costumbre habitual, de beberme una o dos copas de vino diariamente, ¿Podría con el paso del tiempo considerarse problemática?

La mayoría de las mujeres que consumen semanalmente nueve o menos copas así como los hombres que toman doce o menos copas no están en riesgo de tener problemas asociados al consumo. Sin embargo, recuerde que cada persona es diferente. Si detecta que se le dificulta enfrentar un día sin consumo –o identifica que se preocupa por la necesidad de beberse un trago– estos pueden ser signos o avisos de que podría tener problema de consumo.

Yo sólo bebo cerveza, así que me supongo que no debo de preocuparme por problemas de consumo de alcohol, o ¿Sí?

Todas las bebidas que contienen alcohol pueden llevar a la persona a problemas por su consumo de alcohol. Una lata de cerveza de 341 ml, un vaso de vino de 142 ml, y una copa de alguna bebida destilada como podría ser whiskey o ginebra de 43 ml, son medidas que tienen la misma cantidad de alcohol (12 gr) y pueden tener efectos o consecuencias desfavorables similares en el organismo.

Mi padre fue alcohólico. ¿Podría esto significar que yo también seré un alcohólico?

Es importante estar pendiente de la cantidad de alcohol que consume, dado que tiene antece-

dentes familiares de alcoholismo. No obstante, que el alcoholismo tiende a presentarse en diferentes miembros de una familia, esto no significa que necesariamente será un alcohólico. Sin embargo, dado que usted está en mayor riesgo, necesita tomar precauciones y cuidarse.

¿Cómo sé si estoy tomando en exceso?

Existe una serie de señales de advertencia que pueden indicarle a tiempo si empieza a tener problemas por el consumo de alcohol. Déjeme hacerle algunas preguntas que nos permitirán evaluar si está tomando en exceso.

¿Puedo reducir mi consumo de alcohol sin tener que dejarlo totalmente?

Muchas personas pueden suspender el consumo de alcohol en su totalidad y de esta manera disminuye cualquier riesgo de tener problemas asociados al consumo. Los alcohólicos tienen indicaciones de que habrán de suspenderlo. De igual manera, las embarazadas, quienes manejen maquinaria, así como las personas que están tomando cierto tipo de medicamentos.

He escuchado que el alcohol es bueno para el corazón. ¿Es esto cierto?

Diversos estudios sugieren que el disminuir o moderar la cantidad de alcohol que se consume puede ser un factor protector para no tener alteraciones cardiovasculares. Si usted actualmente no bebe alcohol, no es razón para empezar a beberlo; usted puede proteger mejor el funcionamiento cardiovascular de su organismo realizando ejercicio y manteniendo una dieta apropiada.

Estoy tomando medicamento desde hace tiempo, por problemas de salud tales como alteraciones

del corazón, diabetes, alergias. ¿Tendría que dejar de beber?

Hay una serie de medicamentos que pueden interactuar con el alcohol, incluyendo los medicamentos contraindicados para combinarse con el alcohol. Necesitamos evaluar cada uno de los medicamentos que actualmente está tomando en forma cuidadosa para determinar si debe de suspender el consumo de bebidas alcohólicas.


Si me embarazo ¿Cuánto alcohol puedo beber sin que se afecte mi bebe?

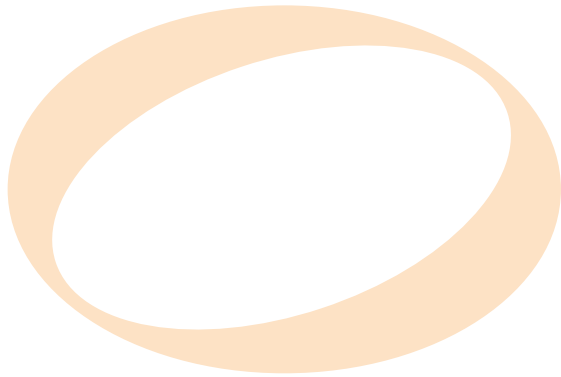
Debido a que no se sabe con precisión cuál es el límite de consumo de alcohol seguro que no afecta al bebé durante el embarazo, toda mujer embarazada debería no beber alcohol.

Yo creía que el beber alcohol me ayudaría a poder conciliar el sueño por las noches, pero estoy con problemas de insomnio. ¿Qué me recomendaría hacer?

Estudios e investigaciones muestran que el beber alcohol antes de irse a dormir generalmente incrementa el problema de insomnio. Necesitamos evaluar qué puede estar causando sus problemas de insomnio y comentar respecto a otras acciones que puede efectuar para que pueda dormir mejor.

Sé que tomo mucho alcohol, pero realmente me gusta y no estoy dispuesto a cambiar mi forma de beber.

Es frecuente que las personas piensen como usted lo hace ahora, pero ahora que he valorado su salud me parece importante el que recapacite y considere seriamente el dejar de beber. Es posible que no sea tan difícil cambiar su forma de beber ¿Por qué no lee esta información y en la próxima sesión la comentaremos? 



Guía de intervención para profesionales de la salud en el modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema¹

¹Desarrollo y evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales de México. Proyecto Financiado por CONACYT. Registro Num. G 36266-H.

Índice

INTRODUCCIÓN	51
MÓDULO I Admisión	53
MÓDULO II Evaluación Inicial	63
MÓDULO III • Sesiones de tratamiento y decisión de cambio y establecimiento de metas • Evaluar situaciones de alto riesgo • Enfrentarse a sus problemas • Nuevo establecimiento de metas	73
MÓDULO IV Seguimiento	83

Introducción

Este *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* fue elaborado para capacitar a profesionales de la salud, en un tratamiento breve dirigido a bebedores problema, cuando el simple consejo no ha sido efectivo.

Este tratamiento es una *intervención motivacional y breve*, que ayuda a las personas a comprometerse en la modificación de su conducta y a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para cambiar su patrón de consumo excesivo de alcohol. El usuario que recibe el modelo, desarrolla una estrategia general de solución de problemas, que puede emplear para enfrentar este u otro tipo de problemas.

El *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* ayuda a las personas a fijar metas, a encontrar razones para reducir o interrumpir su actual consumo de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso y desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones.

Esta forma de intervención es similar a la médico familiar que ayuda a sus clientes a enfren-

tarse con sus problemas de salud: proporcionar información básica y brindar consejo, asesorar, motivar, monitorear su conducta y proporcionar retroalimentación.

Este Modelo se fundamenta en el programa de *Auto-Cambio Dirigido* desarrollado por los Drs. Sobell de la *Addiction Research Foundation* en Toronto, Canadá, y ha sido adaptado¹ para su uso en México.

El *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* consiste en lecturas y ejercicios que apoyan el cambio en el patrón de consumo de alcohol.

De manera general en las seis sesiones del Modelo se consideran los siguientes aspectos:

A) Admisión: Se trabaja en la identificación de la disposición para el cambio, y si el usuario es candidato para el programa de tratamiento.

B) Evaluación: Se obtiene información sobre la historia y patrón de consumo, principales situaciones de consumo, y la autoeficacia del usuario de acuerdo a diversas situaciones de consumo.

¹Ayala, H., Echeverría, L., y cols., (1998). **Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores en México.** *Acta Comportamental*, 6 (1), 71-93.




- C) Paso 1: Decisión de Cambio y Establecimiento de Metas.
- D) Paso 2: Identificación de Situaciones de Alto Riesgo para el Consumo Excesivo de Alcohol.
- E) Paso 3: Enfrentando los Problemas Originados por el Consumo de Alcohol.
- F) Paso 4: Nuevo establecimiento de metas.

El profesional de la salud, apoyado con esta guía, puede ayudar en la consulta a sus clientes que presentan problemas por su forma de beber, a resolver problemas, dirigiendo sus lecturas y comentando con ellos sus respuestas a cada ejercicio.

La duración aproximada de cada sesión del tratamiento es de 45 minutos y se requieren cuatro sesiones, a fin de discutir las lecturas y ejercicios, así

como observar el progreso del usuario para lograr su meta en cuanto al control de su consumo de bebidas alcohólicas.

Durante las sesiones del tratamiento el usuario analiza los costos y beneficios del cambio, registra su consumo diario de alcohol, elige metas de consumo (abstinencia o moderación), identifica situaciones de consumo y desarrolla estrategias para enfrentar esas situaciones. Todo esto bajo un modelo de solución de problemas, donde los sujetos desarrollan estrategias para mantener el cambio y afrontar las posibles caídas o recaídas.

A continuación se revisará cada una de las sesiones del **Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema**, así como sus lecturas, ejercicios y evaluaciones correspondientes. 

Módulo I

Admisión

OBJETIVOS

Al final de este módulo el participante:

- Conocerá las actividades a realizar durante la admisión
- Listará las etapas de cambio en la que se puede encontrar un bebedor problema
- Conocerá, aplicará y calificará los instrumentos de tamizaje para la detección del grado de dependencia del usuario
- Llevará a cabo una valoración inicial para determinar si el usuario es candidato para ingresar al modelo

El *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*, permite al personal de salud ofrecer un tratamiento para aquellas personas que por su forma de beber tienen problemas. Este tratamiento es una intervención motivacional que induce a las personas a comprometerse, a modificar su comportamiento y a reconocer y usar su propia fuerza y recursos para resolver su conducta de abuso en el consumo de alcohol.

Las características específicas de la entrevista motivacional incluyen:

1. Evitar calificar, o etiquetar al cliente "Usted es un alcohólico"; "Usted no tiene fuerza de voluntad".

2. Utilizar un estilo reflexivo y propositivo en lugar de uno confrontativo, para fomentar la conciencia del cliente hacia los riesgos y consecuencias relacionados con el consumo excesivo de alcohol.

3. Proporcionar retroalimentación objetiva en forma no amenazadora, a fin de no provocar resistencia.

4. Informar a los clientes que es **posible el cambio**.

5. Permitir a los clientes **planear el tratamiento y elegir la meta** del tratamiento (abstinencia o moderación).

El enfoque del *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve* ayuda a las personas que tienen problemas con su forma de beber a fijar metas, encontrar razones para reducir o suspender su actual consumo de alcohol, incrementar la motivación para conseguir estas metas, identificar las situaciones en las cuales tiene mayor posibilidad de beber en exceso y ayudarles a



desarrollar estrategias alternas para enfrentarse a esas situaciones.

Esto es similar a la forma en que el médico familiar ayuda a sus clientes a enfrentarse con muchos otros problemas de salud, proporcionando información básica y consejo, asesoría y motivación, monitoreando y retroalimentando.

La **ADMISION** es el primer paso en el *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve* y es importante, ya que es el primer contacto que se tiene con el usuario, es el momento en el que se recibe la información valiosa para ser utilizada en el tratamiento y en donde se determina si el usuario es candidato o no al modelo.

Por lo cual, es necesario que la interacción que se tenga en esta oportunidad sea positiva y cordial con el usuario. El terapeuta debe encontrar la oportunidad, durante la entrevista de darle un reconocimiento y felicitarlo por haber acudido al programa.

Se recomienda al lector revisar la Guía Rápida de esta sesión (Véase Instrumentos de Evaluación). Este instrumento le servirá para la preparación de esta sesión con el usuario.

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El primer paso es obtener toda la información básica acerca de las características del consumo así como identificar en qué etapa de cambio se encuentra el usuario.

A continuación se revisará brevemente qué es la motivación para el cambio, componente central del modelo, así como las preguntas que se recomiendan para motivar los esfuerzos del usuario

La motivación no debe considerarse una característica de personalidad o un rasgo que permanece a lo largo de la vida, **sino un estado de disposición para el cambio que puede fluctuar de una situación o de un tiempo a otro**. Es decir, es un estado interno influido por factores externos, por lo que se necesita de diferentes estrategias para lograr un cambio estable.

La motivación puede ser definida como la probabilidad de que una persona acepte participar, continúe, se adhiera y se mantenga en tratamiento. La tarea principal del terapeuta en esta primera entrevista es **incrementar la probabilidad de que el usuario siga una serie de pasos hacia el cambio recomendado.**

Un modelo muy útil para identificar el proceso de cambio, fue desarrollado por Prochaska y Di Clemente en 1982. Ellos observaron que el cambio pocas veces es un evento repentino, consideran que involucra una serie de etapas que se describirán a continuación:

La primera etapa la llamaron de **Pre-contemplación**, porque la persona no considera la posibilidad de cambiar, ya que no ha identificado tener un problema, o que necesite ayuda para resolverlo. Las personas que se encuentran en esta etapa regularmente no llegan al tratamiento por sí mismos sino presionados por terceros (por ejemplo: sus familiares) y acuden al profesional argumentando otras razones (por ejemplo: problemas de pareja), por lo que se muestran defensivos. Estas personas, necesitan información de las causas y consecuencias del consumo excesivo, así como de retroalimentación que les permita incrementar el reconocimiento de su problema y la posibilidad de cambiar, esto se hace a través de la misma información que se le proporcione sobre las consecuencias que ha recibido por consumo excesivo y la calidad de su vida actual (economía, relaciones interpersonales, salud). Algunas preguntas acertadas en esta etapa son:

- "Entiendo que usted considera que no consume alcohol excesivamente, dígame como se siente después de tomar unas copas, ¿ha tenido problemas de algún tipo?"
- "Dígame qué ha notado de su consumo en los últimos años, ¿ha notado cambios?, ¿le han afectado?..."

En caso de que el profesional que está atendiendo al usuario sea médico, tiene en sus manos mayor información sobre las consecuencias que el abuso del

alcohol está ocasionando en la salud del usuario lo que puede ser útil para motivarlo hacia el cambio.

Si el usuario se entrevista con un profesional que lo confronte y pretenda que asuma que es un alcohólico y necesita ayuda, lo más probable es que impida cualquier canal de comunicación y no regrese, o que la manera de defenderse provoque no avanzar en la entrevista, por lo que es necesario mostrar un interés genuino sobre cuáles son las razones por las que llegó a terapia.

La siguiente etapa es de **Contemplación**. En esta etapa el usuario reconoce que tiene un problema con el alcohol, es un período de ambivalencia en el cual la persona considera un cambio y a la vez lo rechaza, en su discurso presenta en ocasiones razones para cambiar y en otras justifica el no hacerlo ("**si, pero...**"). Entonces la tarea del terapeuta es ofrecer un balance a favor del cambio.

Una entrevista donde el profesional de la salud confronte al cliente puede crear o incrementar problemas de negación o resistencia, ya que aún cuando reconoce los riesgos, los costos y el daño involucrados en su conducta, también está muy apegado e inclinado a su conducta adictiva por muchas razones, y además, no está estrictamente seguro de que deba hacer algo por su situación.

Los terapeutas en un inicio deben buscar cambios en las actitudes del usuario, más que cambios conductuales con su consumo, por lo que es necesario proporcionarle información nueva para considerar las ventajas y desventajas de no modificar el consumo. Esta información puede enriquecerse con los instrumentos de evaluación, en donde se obtiene un perfil completo de las características del consumo y también por medio de señalamientos reflexivos como:

- "El hecho de que usted esté aquí indica que, al menos, parte de usted piensa que debe hacer algo con su consumo, ¿cuáles serían las razones para cambiar?..."
- "Usted ha mencionado a su pareja muchas veces, tal vez piense que ella está relacionada con su consumo de alguna manera..."

- "Yo entiendo que a usted le gusta tomar alcohol, ¿qué es entonces lo que le provoca problemas al hacerlo?..."
- "¿Cuáles son las cosas buenas sobre su uso de...?"
- "¿Cuáles son las cosas menos buenas sobre su uso de...?"
- "¿De qué manera le afecta el uso de alcohol en este momento?"
- "¿De qué manera quiere que las cosas se modifiquen en el futuro?"
- "¿Qué le preocupa sobre cambiar su consumo de alcohol?"

Si después de informar y retroalimentar, el usuario plantea la decisión de no cambiar, ésta debe considerarse válida ya que se debe respetar su responsabilidad y autodeterminación.

La siguiente etapa de **Determinación** se presenta cuando la persona ya se encuentra a favor del cambio y se considera "motivado". Si durante esta etapa la persona entra en acción, el proceso de cambio continua, si no, caerá de nuevo en la etapa de contemplación, la tarea del terapeuta es ayudarlo a encontrar estrategias que sean aceptables, accesibles, apropiadas y efectivas para cambiar, con preguntas como:

- "¿Qué cree que necesitaría para cambiar?"
- "Usted piensa que debe seguir tomando alcohol como hasta ahora, o debe dejar el consumo para siempre. ¿No existen otras opciones para usted?"
- Hacer énfasis en que "usted es el mejor juez de lo que puede ser mejor para usted"

La siguiente etapa que se denomina de **Acción** es cuando el usuario piensa acudir a terapia y cuando se ocupa en acciones particulares para cambiar su consumo. Aquí el usuario ya tiene la disposición de sentarse a analizar sus situaciones de riesgo y se le puede ayudar a plantear las opciones de solución a éstas, así como las estrategias de reducción del consumo.



Sin embargo, hacer un cambio no garantiza que éste se mantendrá. Las experiencias de la vida están llenas de buenas intenciones y cambios iniciales, seguidos de pequeños o grandes retrocesos.

Durante la siguiente etapa de **Mantenimiento**, el desafío es sostener el cambio y prevenir recaídas. La tarea del terapeuta es ayudar a evitar el desaliento o desmotivación, continuar buscando el cambio, renovar la determinación, reasumir la acción y mantener los esfuerzos, es decir, detectar en qué etapa se encuentra actualmente el usuario y reforzarlo para pasar de nuevo a la de acción.

Las **recaídas** se revisarán con detalle en la sección de tratamiento, pero las etapas anteriores deben ser consideradas parte fundamental de una entrevista de admisión.

Es en esta sesión donde se debe obtener la información más relevante del usuario para utilizarla inmediatamente y hacer responsable al usuario de su cambio potencial. La manera como se proporcione información acerca del consumo excesivo y se retroalimente al usuario determinará, en gran medida, el siguiente paso: su compromiso por desarrollar su modelo de auto-cambio. Es importante tener siempre una actitud **empática** con el usuario considerando ésta no como una habilidad o tendencia a identificarse con las experiencias del usuario, sino para entender lo que quiere decir a través de tratar de escuchar reflexivamente. El estilo de la entrevista es de gran importancia para obtener información válida. Hay que recordar que a un bebedor problema no le agrada la idea de quedar definido como un "alcohólico".

Es importante incluir en la admisión algunas técnicas que han demostrado su **UTILIDAD** como: el **uso de preguntas abiertas, preguntas cerradas y una actitud facilitadora, resumir información, sondear el terreno y negociar prioridades. Expresar comprensión, reflexionar y legitimar, apoyar, establecer una alianza con el cliente y respetarla.**

- Permita que el cliente fije los límites de la discusión

- Permita que el cliente explore sus preocupaciones, a su tiempo y conveniencia
Es importante recalcar que debe **EVITARSE**:
- Calificar las cosas como "problemas" a menos de que la persona los acepte como tales; es mejor usar términos neutrales
- Expresar hipótesis o dar consejos antes de que la persona esté lista para aceptarlos
- Apresurar las decisiones

En la sesión de admisión la primera pregunta debe referirse a los motivos que llevaron al usuario a asistir al tratamiento, y a partir de su respuesta, indagar acerca de su historia de consumo (años consumiendo, tiempo de consumo excesivo y problemático, principales características del consumo, principales consecuencias de éste, sustancia consumida, etc.), de esta forma detectar en qué etapa de cambio se encuentra y responsabilizarlo de la decisión que tome en el futuro.

GUÍA PARA DETERMINAR PROBLEMAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Además de identificar la etapa de cambio en que se encuentra el usuario, es importante que el terapeuta pregunte sobre el consumo de alcohol a todos los clientes adultos y adolescentes, en intervalos regulares (por ejemplo: en cada visita de su cliente o en un período de seis meses).

Un punto relevante, es estar alerta a síntomas clínicos de problemas relacionados con alcohol como: accidentes, hipertensión, molestias físicas y problemas psicológicos y sociales.

Algunas preguntas que pueden ayudarle a identificar la presencia de problemas relacionados con el consumo de alcohol son:

- ¿Ha tratado usted de disminuir su consumo de alcohol?*
- ¿Se ha sentido molesto porque otras personas le dicen que disminuya su consumo de alcohol?*
- ¿Se ha sentido usted culpable por su consumo de alcohol?*

¿Ha necesitado tomar un trago en las mañanas para ayudarse a iniciar el día?

Usted también puede preguntar simplemente: *“¿Ha pensado alguna vez que tiene un problema con la bebida?”*

Recuerde que al identificar los problemas relacionados con el consumo, el estilo de la entrevista es de gran importancia para obtener información válida sobre el consumo del cliente. Esto es especialmente cierto cuando el cliente es un bebedor problema, cuyos problemas aún son leves y a quien le preocupa no ser etiquetado como “alcohólico”. El profesional de la salud debe estructurar las preguntas cuando sea posible de manera no amenazadora, como ya se discutió en un principio. De manera específica se debe obtener información sobre:

1. HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL de los últimos seis meses, es decir, obtener la siguiente información:

- Promedio de tragos estándar por semana
- Promedio de días de consumo a la semana (frecuencia de consumo)
- Promedio del número de tragos estándar por día de consumo (cantidad consumida)
- Consumo máximo en una ocasión durante el último mes
- Tiempo que normalmente utiliza para consumir una copa o trago estándar (intensidad del consumo)
- Tipo de bebida que normalmente consume
- Consumo en forma moderada
- Cuando pierde el control, en qué situaciones lo hace
- Bebe solo o acompañado
- Bebe en lugares públicos o privados

Al momento de recolectar los datos anteriores es necesario considerar las siguientes recomendaciones:

- a) Solicitar un consumo semanal específico del cliente (“sólo bebo en reuniones sociales” carece de significado, ya que el grupo social del cliente puede estar formado por bebedores excesivos).
- b) Convertir la respuesta del cliente a tragos estándar, para obtener cantidades equivalentes de etanol.
- c) Pregunte sobre el consumo máximo que ingirió el cliente durante una velada en el mes anterior.
- d) Cuando sólo se pregunta sobre el promedio o sobre el consumo típico semanal, pueden excluir los consumos excesivos esporádicos.
- e) Para los clientes que dan respuestas vagas:
 - Pregunte sobre su consumo en la semana anterior (este lapso es el que se recuerda con mayor precisión)
 - Presente al cliente un rango amplio de consumos: “Diría usted que su consumo está en el orden de 17 tragos por semana (una botella de destilados) o 30 tragos por semana (dos botellas)”

2. Determinar las CONSECUENCIAS DE LA FORMA DE CONSUMO preguntando sobre los efectos del alcohol en los principales campos de la vida del cliente: Actividades sociales, laborales, financieras, legales y físicas. Se debe animar al cliente para que discuta los efectos sutiles del alcohol (sentirse cansado por las mañanas, pasar menos tiempo con la familia, dificultad para concentrarse).

3. Determinar si el cliente tiene CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS QUE SUGIERAN DEPENDENCIA SEVERA.

Es importante distinguir entre bebedor problema y dependiente severo, ya que los dos grupos requieren con frecuencia diferentes enfoques para el tratamiento. Las características clínicas de dependencia severa son las siguientes:

Síntomas del síndrome de abstinencia: El síndrome de abstinencia del alcohol (temblores, sudoración, beber para aliviar la cruda y/o ataques) es la característica clínica más confiable para distinguir entre la dependencia severa y el bebedor problema.



Consumo muy elevado (más de 30 tragos por semana). Los bebedores problema tienden a beber menos que los clientes con dependencia severa, aunque no ha sido establecida una línea divisoria confiable.

Rara vez bebe moderadamente (menos de cuatro tragos por ocasión). Los clientes con dependencia severa al alcohol tienden a beber en exceso cada vez que lo hacen. El bebedor problema, por otro lado, bebe moderadamente en algunas o en la mayoría de las ocasiones.

Consecuencias médicas severas tales como: cirrosis hepática, demencia alcohólica o sangrado.

Consecuencias sociales severas. Los bebedores problema tienden a ser socialmente más estables que los clientes dependientes del alcohol, y los problemas sociales que experimentan son menos severos. Por ejemplo: un bebedor problema puede discutir con su pareja u obtener una multa por manejar en estado de ebriedad, mientras que el cliente con dependencia severa al alcohol probablemente perdió el empleo o se divorció debido a problemas por su consumo de alcohol.

4. Determinar las **CONTRAINDICACIONES PARA CONSUMIR ALCOHOL**. En las siguientes situaciones, el consumo de alcohol puede ser contraindicado o debe ser limitado a pequeñas cantidades:

Condiciones físicas

- Embarazo
- Úlcera péptica o gástrica activa
- Cirrosis hepática
- Hepatitis alcohólica o viral activa
- Pancreatitis

También hay circunstancias en las cuales se debe consumir el alcohol con precaución, como: por convulsiones, diabetes, y si se ingieren antidepresivos o sedantes.

Condiciones sociales

Cualquier circunstancia que lleve a consecuencias sociales serias si se presenta el consumo en cual-

quier forma (ejemplo: si la pareja amenaza con la separación, si se repite la intoxicación, por prohibición legal, libertad bajo fianza).

5. HISTORIAL ADICIONAL. Pregunte sobre el **uso de drogas psicoactivas**. El abuso de drogas es común, especialmente entre bebedores jóvenes. Los profesionales de la salud deben preguntar sobre la ingesta de tranquilizantes prescritos y por el uso de derivados de opiáceos vendidos sin receta, así como sobre el uso de marihuana, cocaína y heroína.

Pregunte sobre la **historia familiar de uso y abuso de sustancias**. El consumo excesivo de las parejas o entre miembros de la familia puede tener un gran impacto sobre el tratamiento del cliente y su prognosis.

Pregunte sobre el **consumo de alcohol y la utilización de maquinaria o la conducción de vehículos**.

Pregunte acerca de **violencia familiar**. La violencia familiar es frecuente entre bebedores excesivos.

6. EVALUACIÓN DE DEPENDENCIA. Una vez que se tiene información sobre estas preguntas se debe aplicar un instrumento que permita valorar las consecuencias por el abuso de alcohol, esto es, es necesario medir los elementos del síndrome de dependencia planteados por Edwards y Gross (1976). Para identificar si forma parte de nuestra población de interés (bebedor en riesgo o bebedor problema), el instrumento que se recomienda es la **Breve Escala de Dependencia al Alcohol, BEDA** (Véase Instrumentos de Evaluación), instrumento sencillo y rápido de calificar y que cuenta con características psicométricas satisfactorias. Este instrumento está dirigido a población adulta de bebedores problema centrado en personas con dependencia baja a moderada. Se sugiere aplicar como parte final de la sesión de admisión, requiere de cinco minutos para ser leída y aplicada. Inmediatamente después de haber terminado de contestar el instrumento, éste se califica sumando simplemente los resultados a cada uno de los 15 reactivos. El puntaje que se obtiene va de 0 a 45 puntos.

INTERPRETACIÓN	
0 a 10 puntos	Dependencia baja
11 a 20 puntos	Dependencia media
21 a 45 puntos	Dependencia severa

Si al aplicar el **BEDA** los resultados del usuario indican un puntaje entre 11 y 25, se le considera como posible candidato a participar en el modelo. Si su puntaje es superior, se le indicará que debe participar en otro más intensivo.

Pruebas Neuropsicológicas. Otro aspecto a considerar en la sesión de admisión es la valoración de aquellos usuarios de alcohol en los que se sospecha de daño cerebral o de incapacidad neuropsicológica. Ya que la literatura sugiere que la ingestión prolongada de alcohol puede ocasionar incapacidad neuropsicológica seria. El uso de una prueba para diagnosticar el probable daño cerebral debido al uso de sustancias, ayuda a aumentar la confianza en el diagnóstico resultante.

La incapacidad neuropsicológica es una consecuencia bien conocida del consumo abusivo y prolongado del alcohol, entre personas dependientes. Aunque varios estudios han demostrado una recuperación de funciones en ciertas tareas después de períodos largos de abstinencia, otros estudios han encontrado que en personas que abusan del alcohol por largo tiempo, las funciones cognitivas (dificultad de concentración) se mantienen con deficiencias, esto es importante para planear el tratamiento ya que los usuarios que tengan deficiencias, por ejemplo de abstracción no son buenos candidatos para tratamientos donde las habilidades cognitivas son necesarias. La prueba que se ha venido utilizando es la Batería Halstead-Reitan, con su subescala de Pistas Parte A y B (Véase Instrumentos de Evaluación).

La parte A se aplica pidiendo al usuario que una con una línea los números que se encuentran en el papel empezando por el número uno, siguiendo en orden ascendente hasta terminar con el número

15. El terapeuta debe tomar el tiempo y pedirle al usuario que cuando inicie no separe el lápiz del papel y lo haga lo más rápido que pueda.

Para la parte B se le pide al usuario que una con una línea un número con la primera letra del abecedario, y después el siguiente número con la siguiente letra y así sucesivamente. El terapeuta debe tomar el tiempo y recordarle que no debe separar el lápiz del papel.

- La parte A, debe hacerla en un tiempo máximo de 60 segundos
- La parte B, debe hacerse en un tiempo máximo de 120 segundos

Si la prueba se hace en esos límites se considera un buen candidato para el modelo, ya que usuarios con déficit en esta área obtienen pobres resultados en tratamientos de corte cognitivo, por la dificultad de comprensión de los materiales de lectura y los ejercicios.

Es importante comentar con el cliente que las funciones cognitivas deterioradas por el abuso en el consumo de alcohol, se recuperan después de un período de reducción del consumo o abstinencia.

También puede utilizarse la Subescala de Símbolos y Dígitos del Wechsler.

7. Determinar la **HISTORIA DE SÍNTOMAS FÍSICOS** y sugerir **EXÁMENES DE LABORATORIO**.

El examen físico debe incluir, cuando menos, una pregunta sobre sintomatología, presión arterial y exploración física del área hepática. Aún los clientes jóvenes pueden tener hipertensión inducida por el alcohol o enfermedad hepática como hígado graso. Los clientes de más edad, con un historial largo de consumo excesivo deben también someterse a un examen neurológico para excluir la neuropatía periférica, enfermedad cerebral o demencia.

También son útiles para convencer al cliente de que está bebiendo a niveles peligrosos. El nivel de GGT se incrementa ante la administración **crónica** de alcohol. Los clientes que logran disminuir la



GGT se sienten orgullosos ante esta evidencia de su progreso. Informar a los clientes de sus resultados de la GGT, puede resultar en subsecuentes reducciones de consumo de alcohol.

¿Cuándo ORDENAR GGT, VCM y HDL? La GGT (Gamma Glutamil Transferasa), el VCM (Volumen Corpuscular Medio) y el HDL (Colesterol de Alta Densidad) son de utilidad para vigilar el éxito del tratamiento y para detectar recaídas.

Un elevado VCM se considera otro marcador específico, pues se incrementa por el consumo **agudo** de alcohol, útil en el monitoreo de las recaídas por su prolongada vida media.

El HDL se eleva con el **consumo** de alcohol. Estas pruebas tienen un nivel bajo de sensibilidad (25%-50%) y no deben ser el único instrumento de filtro para problemas de alcohol. La GGT puede ser elevada debido a una enfermedad de los conductos biliares, por enfermedad hepática no alcohólica o por inductores de enzima microsomal como la fenitoina. La GGT tiene una vida media de aproximadamente dos semanas y generalmente regresa a ser normal de dos a seis semanas de abstinencia, aunque su vida media es prolongada en clientes con enfermedades alcohólicas severas.

8. Determinar la **CATEGORÍA DE RIESGO POR ALCOHOL** del cliente. Con la información obtenida anteriormente se puede determinar si el cliente es un bebedor problema, en este caso se recomienda utilizar **La Guía Para Personas Que Quieren Cambiar Su Forma De Beber**. Si el cliente tiene una o más de las características de dependencia severa, se debe sugerir la abstinencia y analizar la conveniencia de que el usuario entre a este programa.

Como parte de esta sesión, se cuenta con un Cuestionario de Preselección (véase Instrumentos de Evaluación), el cual debe ser llenado por el terapeuta al terminar la admisión con la información recolectada durante la sesión, o bien el terapeuta puede llenarlo durante la sesión. Sin embargo, es importante mencionar que este cuestionario no

debe ser empleado como una guía de preguntas a seguir mecánicamente, ya que en esta primera entrevista con el usuario, se platica con éste en una forma más libre, con la ayuda de preguntas abiertas.

Si al final de la sesión, se tiene duda sobre la presencia o ausencia de algún indicador del cuestionario, sólo entonces el terapeuta pregunta de manera más directa al usuario sobre la información requerida, ya que este cuestionario permite identificar con claridad si el usuario cubre con los criterios de inclusión para el *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*. Los criterios de inclusión son: ser mayor de 18 años y menor de 70 años; saber leer y escribir; contar con un domicilio permanente; tener trabajo; vivir con la familia; no presentar síntomas que demuestren dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, delirio tremens, beber menos de 30 tragos a la semana); acudir a tratamiento por voluntad propia; no consumir heroína; que la droga principal de abuso no sea inyectada; no acudir a otro programa de tratamiento; que no exista alguna contraindicación médica para el consumo de alcohol; y estar dispuesto a participar en el modelo.

Sin embargo, existen algunas condiciones que merecen ser consideradas para no excluir al usuario del Modelo, entre las que tenemos:

a) Cuando el usuario es menor de edad, puede ser aceptado en el Modelo con el debido consentimiento de los tutores.

b) La falta de un domicilio permanente, el no contar con un trabajo estable y no vivir con su familia, son criterios de exclusión solo si se acompañan de síntomas que sugieran dependencia severa (alucinaciones, convulsiones, etc.).

c) Si el usuario asiste al tratamiento porque otros lo presionan, es aceptado en el Modelo, si éste durante la entrevista reconoce la presencia de algunas consecuencias negativas y, tiene disposición para ingresar al tratamiento.

d) Si el usuario asiste a otro tipo de tratamiento, se acepta su ingreso al Modelo únicamente si los

principios o postulados del tratamiento alternativo no se contraponen con los del Modelo. Para esto, es importante explicar al usuario las características del Modelo y, promover la toma de decisiones en el usuario, para que elija la alternativa que más le convenga de acuerdo a su situación.

e) Cuando se detecta alguna contraindicación médica para el consumo (diabetes, embarazo, etc.), el usuario puede ingresar al Modelo si acepta la abstinencia como la meta de su tratamiento. En estos casos se sugiere ésta meta de consumo, debido a las posibles consecuencias que se puedan presentar si la persona continua bebiendo alcohol bajo estas condiciones.

f) En caso de que un usuario no lea ni escriba, el terapeuta puede adaptar el material para trabajar con el usuario, o él mismo puede identificar a un familiar o amigo del usuario, que este dispuesto a ayudarlo para la lectura y comprensión del material.

g) Los criterios más importantes para excluir a un usuario del programa son: la presencia de síntomas que sugieran dependencia severa acompañados de la falta de apoyo y recursos sociales, que la droga principal de consumo sea la heroína, o que la droga de mayor consumo sea inyectada.

Una vez que se obtiene información relacionada con el motivo de consulta, la etapa de disposición al cambio del usuario, y la historia y patrón del consumo de sustancias, se invita al usuario a participar en el programa y se le explican las características de este Modelo.

Después de que se explican las características del tratamiento, se realiza la aplicación de la Escala **BEDA** y las Subescalas A y B de la Prueba de Pistas.

La aplicación de estos instrumentos después de la explicación del modelo, ayuda a confirmar si el programa será de utilidad para el usuario. Estos instrumentos se califican durante la sesión y sus resultados se comentan con el usuario.

Cuando el usuario sobrepasa el límite máximo de calificación en el **BEDA**, se le indica que se

encuentra en rango de dependencia severa, aclarándole que esto puede hacer más difícil su cambio. En caso de que este puntaje se acompañe de la falta de recursos y apoyos sociales, se discute con el usuario la opción de canalizarlo a un lugar donde reciba un tratamiento más intensivo. Como ya se indicó anteriormente, solamente si el usuario cuenta con redes de apoyo social y esta dispuesto a cambiar su consumo, se le invita a participar en el modelo.

Por otra parte, si en su ejecución de las Subescalas del Pistas requiere más del tiempo límite, se le comenta al usuario que eso puede ser indicador de un posible deterioro cognitivo. Dicho indicador, es importante cuando además se acompaña de un puntaje alto en el **BEDA** y de falta de recursos sociales, ante lo cual se puede canalizar al usuario a un estudio más detallado que confirme la presencia de daño neuropsicológico. Sin embargo, si este indicador es un dato aislado, es importante que el terapeuta tome en cuenta no solo el tiempo en que el usuario resuelve esta prueba, sino además toda su conducta durante la aplicación del instrumento (por ejemplo: anticipación, planeación, corrección, atención, concentración) y la sesión misma.

Enseguida se entrega y explica al usuario el Formato de Consentimiento (véase Instrumentos de Evaluación), donde se le describen sus derechos y obligaciones dentro del tratamiento, así como los del terapeuta. Para finalizar la sesión, el terapeuta resume los puntos más importantes tratados durante la misma e invita al usuario a la sesión de evaluación en el transcurso de la siguiente semana. La evaluación se ofrece al usuario como una oportunidad para conocer mejor lo que ocurre con su consumo.

Después de esta primera sesión, se recomienda abrir un expediente del usuario, donde se integren los instrumentos y ejercicios que se aplican durante las sesiones, así como un reporte de cada sesión. El expediente debe ser actualizado cada semana, conforme se tienen las sesiones del modelo.



Para la apertura del expediente se requiere de un folder y dos broches Baco. Con los broches se perforan ambos lados del expediente en la parte superior. Del lado derecho del expediente se coloca la copia de los ejercicios y el autoregistro del consumo, que realizará el usuario durante el tratamiento, mismos que se explicarán en los siguientes módulos. Del lado izquierdo, se ubican todos los instrumentos y formatos aplicados al usuario, así como los resultados e interpretación de las diferentes evaluaciones.

Una recomendación importante, es dar **SEGUIMIENTO** vía telefónica en las consultas. El terapeuta debe ponerse en contacto con aquellos clientes que no acuden a la cita. Estos toman en cuenta estos contactos como una indicación del interés y preocupación de su terapeuta. La investigación indica que el contacto de seguimiento a los usuarios produce una mejor retención del tratamiento.

RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE LA ADMISIÓN

- ✓ Recepción del usuario
- ✓ Entrevista abierta donde el terapeuta realice la:
 - Identificación del motivo de consulta del usuario
 - Exploración de la etapa de disposición al cambio
- ✓ Recolección de información sobre:
 - La historia y patrón de consumo de alcohol
 - Consecuencias relacionadas con el consumo

- Situaciones de consumo
- Características clínicas que sugieran dependencia severa
- Contraindicaciones para consumir alcohol
- Uso de drogas psicoactivas, antecedentes familiares, violencia familiar
- Historia de síntomas físicos
- ✓ Explicación de las características del *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*
- ✓ Aplicación de la *Breve Escala de Dependencia de Alcohol, BEDA*
- ✓ Aplicación de la Prueba de Pistas
- ✓ Determinar si el usuario es candidato para ingresar al Modelo
- ✓ Entrega y firma del Formato de Consentimiento
- ✓ Cierre de la sesión
- ✓ Se programa cita para la sesión de evaluación
- ✓ Llenado del Cuestionario de Pre-selección
- ✓ Abrir expediente del usuario
- ✓ Realizar un reporte de la sesión

DOCUMENTOS QUE DEBEN INTEGRARSE AL EXPEDIENTE DESPUÉS DE LA ADMISION

1. Cuestionario de Pre-selección
2. **BEDA**
3. Prueba de Pistas (Subescalas A y B)
4. Formato de Consentimiento
5. Reporte de la sesión (Véase Instrumentos de Evaluación)

Módulo II

La Evaluación Inicial

OBJETIVOS

Al final de este capítulo el participante:

- Conocerá las actividades a realizar durante la evaluación inicial
- Identificará los instrumentos de medición y el objetivo de cada uno de ellos
- Aprenderá a aplicar y calificar los instrumentos relacionados con el consumo excesivo del alcohol, para medir situaciones de riesgo, conducta de consumo y consecuencias relacionadas con el consumo excesivo de alcohol
- Aprenderá a analizar los resultados para seleccionar algunas estrategias a seguir con el usuario durante el tratamiento

INTRODUCCIÓN

El trabajo de evaluación que se realiza con personas que tienen problemas de conductas adictivas es una labor compleja y difícil que involucra más que la simple cuantificación de la cantidad de alcohol o drogas, éste debe ser detallado de tal manera que permita desarrollar un tratamiento significativo con metas útiles y estrategias adecuadas a las necesidades de cada usuario. Sin embargo, realizar un trabajo de evaluación es una tarea difícil por varias razones:

- La educación y entrenamiento profesional en el campo de las adicciones no ha sido prioritaria
- Existe una gran cantidad de concepciones equivocadas, aún entre profesionales, sobre la naturaleza de los desórdenes por alcohol y drogas
- Algunos bebedores problema o consumidores de drogas, son renuentes a cooperar completamente con el proceso de evaluación, porque de alguna manera no acuden por su decisión a buscar un tratamiento, acuden por que existen problemas legales o con su pareja, causados por su consumo excesivo de alcohol o drogas, otros niegan tener algún problema con su consumo
- Aunque el uso o abuso de sustancias adictivas puede dañar la salud y el funcionamiento del individuo de muchas formas, las señales que sugieren la presencia y severidad de un problema son variadas y puede darse el caso que por si solas no sean aparentes, como consecuencia de este abuso
- Algunas consecuencias del abuso de sustancias, son: divorcio, disfunciones cognitivas, dis-



funciones hepáticas, puede que no se manifiesten durante muchos años. Si el personal clínico limita sus observaciones tan sólo a consecuencias a largo plazo por beber o consumir otras sustancias, como la presencia de cirrosis hepática, entonces no podrá valorar adecuadamente a muchos individuos que pueden beneficiarse con una intervención en una etapa temprana. Por esta razón, es necesario determinar qué tanto ha afectado el uso de alcohol o drogas, en forma general, el funcionamiento de vida de una persona

- Ya que hay evidencia de que los síntomas del abuso de alcohol o de otras drogas varían con el tiempo y entre los individuos (Pattison, Sobell y Sobell, 1977), hay personas que con historia similar de consumo, no han experimentado el mismo conjunto u orden de consecuencias adversas
- Ya que el uso de alcohol, drogas, y tabaco son problemas clínicos recalcitrantes asociados con un alto índice de recaída después del tratamiento, (Suton, 1979; Pechacek, 1979; Rounsaville y Kleber, 1985; Chaney, Roszell, y Cummings, 1982; Marlatt y Gordon, 1985; Miller y Hester, 1986), la evaluación debe incluir una revisión de estrategias de tratamiento utilizadas previamente, así como la respuesta del usuario a esas intervenciones

No obstante, a pesar de estas dificultades, se ha encontrado de gran utilidad para el tratamiento, que durante la evaluación se pueda detectar si el usuario abusa de varias sustancias, o si además del abuso de alcohol tiene alguna otra disfunción, como depresión, u otra alteración conductual, ya que en la práctica las personas con problemas psiquiátricos suelen tener un pronóstico pobre en este tipo de tratamiento, (McLellan, Woody, Luborsky, Brien y Druley, 1983).

También se ha encontrado que el uso de una sola droga, aparentemente ha conducido a patrones de uso más complejo de drogas, (Wilkinson, Leigh y Cordingley 1987). Por ejemplo, existe una correlación muy significativa entre el uso de alcohol, tabaco, y cafeína (Pedersen y McClearn, 1983).

Por último, una valoración adecuada debe indicar cuando un sujeto es apto para una intervención breve, o necesita de un tratamiento más intensivo.

LA EVALUACIÓN COMO PROCESO

CONTINUO E INTERACTIVO

La evaluación debe verse como un proceso continuo e interactivo que ocurre antes, durante y después del tratamiento.

La evaluación permite cuantificar el problema que quiere modificarse, y también permite medir la respuesta a la intervención. Esta información proporciona al terapeuta una **base de datos** que permite evaluar la viabilidad de las estrategias iniciales, establecer junto con el usuario la meta del tratamiento, y medir la precisión de la valoración inicial.

Sin embargo, durante el tratamiento se pueden reformular los objetivos establecidos, por varias razones:

1. Como resultado de eventos extra-tratamiento. Por ejemplo, cuando se identifica una nueva situación de riesgo de recaída;
2. Durante el tratamiento los usuarios pueden revelar información que no estaban dispuestos a proporcionar anteriormente;
3. Continuar con el proceso de evaluación puede revelar ciertas influencias, por ejemplo, la de compañeros sobre el abuso de sustancias, que con frecuencia no fueron detectadas durante la fase temprana del tratamiento. Si se ve el tratamiento como un proceso de valoración continuo, entonces el proceso proporciona retroalimentación aumentando la eficacia del mismo;
4. Finalmente, aunque el abuso del alcohol y/o drogas con frecuencia afecta otros aspectos de la vida del usuario, el abuso de sustancias normalmente no es el único problema, es más, algunos problemas inicialmente promovidos por el abuso de sustancias pueden convertirse en problemas reales por sí mismos (ejemplo, si el abuso de sustancias provocó un divorcio, el usuario también tendrá que enfrentarse con los problemas típicos experimentados por las personas recién divorciadas). Por lo tanto,

es muy importante llevar a cabo una valoración comprensiva de la salud y de la vida general del cliente.

ALGUNOS MÉTODOS PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN

Existen varios métodos para obtener información sobre los problemas relacionados con el abuso de alcohol o uso de drogas. Cada uno de estos métodos han mostrado su utilidad y tiene algunos inconvenientes, algunos de ellos son: los métodos retrospectivos, los autoreportes y los reportes de colaterales.

Métodos retrospectivos. Los métodos retrospectivos reúnen la información sobre sucesos ocurridos en el pasado. Mientras que mucha de la información retrospectiva proviene de los reportes del usuario, otras fuentes incluyen a informantes colaterales, registros oficiales y escalas psicométricas hechas por los clientes. Los métodos retrospectivos no solo proporcionan información importante, la cual puede ser reunida rápidamente y a bajo costo, sino que ocasionalmente constituyen la única forma adecuada de obtener información antes del tratamiento.

a) Autoreportes. Hasta hace poco, abundaba el escepticismo sobre la veracidad de los autoreportes de aquellas personas que abusan del alcohol. Dos afirmaciones han sustentado este escepticismo, la primera relativa a que los alcohólicos y los adictos a las drogas tienden a minimizar su abuso de sustancias y comportamientos relacionados. La segunda se refiere a que los autoreportes de los que abusan de las sustancias, son menos confiables que otras fuentes de información. Sin embargo, sin dejar de reconocer que un porcentaje de la información puede no ser verdadera, algunas investigaciones han encontrado que los autoreportes tienen una validez aceptable. Esta idea sólo se aplica cuando las personas son entrevistadas: a) libres de drogas; b) en un ambiente clínico o de investigación; c) cuando se asegura la confidencialidad de la información proporcionada; d) si la terminología empleada es

comprendida por ambas partes, es decir, se debe evitar la terminología subjetiva o técnica; e) si la meta de la entrevista está relacionada con la obtención de información, en lugar de calificar socialmente o etiquetar al usuario; f) si los autoreportes del usuario son verificados contra otras fuentes.

Cuando la evaluación se basa en la reunión de información que se puede corroborar, se puede tener confianza en las conclusiones de los autoreportes.

b) Reportes de colaterales. A lo largo de varios años, algunos estudios han usado a informantes colaterales para verificar los autoreportes de los usuarios. Generalmente, estos estudios han encontrado que los colaterales y los usuarios coinciden sobre la conducta de beber de los usuarios.

Además, varios estudios han encontrado que cuando los reportes de los que abusan del alcohol tienen discrepancias con sus colaterales, los usuarios de alcohol se han descrito a sí mismos de manera más estricta y negativa.

c) Registros oficiales. Un método para obtener información en otros países, es la búsqueda de registros oficiales relacionados con arrestos, choques, hospitalizaciones, etc. Sin embargo, en México estos registros no siempre son completos, veraces o precisos.

INFORMACIÓN QUE DEBE OBTENERSE DURANTE LA EVALUACIÓN

Para facilitar la planeación del tratamiento se recomienda que la valoración del consumo de alcohol y drogas incluya las siguientes variables:

La cantidad y frecuencia de consumo de alcohol y/o otras drogas. Es importante obtener información específica sobre el consumo de etanol, porque los patrones promedio de consumo pueden proporcionar información que no refleja, con precisión, los patrones de consumo actuales y sus niveles, o ejemplos de consumo de alcohol atípicos clínicamente importantes, por ejemplo, días esporádicos de consumo intenso.



Situaciones y estados de ánimo predominantes que anteceden y siguen el uso de sustancias.

Por ejemplo, los usuarios pueden beber principalmente cuando están deprimidos, tomar valium cuando están alterados, en ciertas situaciones sociales o beber en exceso sólo durante las ocasiones en que ellos las perciben como placenteras.

Circunstancias y patrones de consumo moderado y excesivo de uso de sustancias. Por ejemplo, algunos usuarios de sustancias pueden beber sólo con amigos los fines de semana, nunca beben en casa o fuman marihuana solamente con ciertos amigos, toman valium antes de ir a dormir, o usan cualquier droga disponible sólo en determinadas épocas de su vida.

Historia de síntomas de abstinencia de alcohol y/o drogas. Que el usuario reporte síntomas de abstinencia ayuda a establecer un diagnóstico formal de dependencia a las sustancias usando el criterio del DSM IV (American Psychiatric Association, 1980), (véase en Información Complementaria). Sin embargo, este reporte de síntomas de abstinencia pasados, junto con un reporte de uso considerable de alcohol y/o drogas, sería una señal importante para el terapeuta de que probablemente aparecerán los síntomas de abstinencia al interrumpir el consumo.

Problemas médicos asociados o exacerbados por el uso de sustancias y alcohol. Por ejemplo: úlceras, hipertensión, gastritis, insomnio, diabetes y epilepsia, son solo algunos de los problemas que pueden asociarse con el consumo de sustancias y alcohol.

Identificación de posibles dificultades a las que se puede enfrentar el usuario cuando se abstiene (al principio) de usar sustancias. Si un usuario tiene un historial de sólo haberse abstenido durante unos cuantos días consecutivos en el último año, o vive con amigos o parientes que alientan el abuso de sustancias, la abstinencia inicial puede ser especialmente difícil de conseguir.

Severidad y duración de abuso previo de sustancias. Se puede obtener información sobre la du-

ración del uso y abuso de sustancias: cuándo se inició el consumo, cuándo empezó a ser excesivo y cuándo iniciaron los problemas por el abuso de sustancias (alcohol o drogas), y cuáles son sus consecuencias relacionadas con el uso de alcohol y drogas (por ejemplo: arrestos) y tipo de hospitalizaciones, etcétera.

Uso de varias drogas. El uso múltiple de drogas es un problema serio debido a las acciones sinérgicas de algunas drogas, y su tolerancia cruzada con otras. El tratamiento de poliusuarios no siempre será paralelo al prescrito para usuarios de una sola droga. Para usuarios que quieren dejar de usar drogas, se deben considerar, de existir, aquellos problemas que pueden ser experimentados si se suspende simultáneamente el uso de todas las sustancias que se consumen, ya que algunos estudios han demostrado que los rangos de consumo problemático de alcohol aumentan durante los períodos de abstinencia de los opiáceos (Green *et al.*, 1978), también debe tomarse en cuenta la posibilidad de que una droga pueda ser sustituida por otra.

En la actualidad se ha incrementado, entre los especialistas, la preocupación sobre los usuarios de alcohol que fuman. Dada la clara asociación entre fumar cigarrillos y beber en exceso, y el hecho de que la proporción de fumadores fuertes entre los usuarios que abusan del alcohol, es mayor que el grueso de la población. El uso del tabaco ha sido identificado por varios investigadores como un problema de salud importante para aquellos que abusan de otras sustancias.

Reportes de necesidad o antojo frecuente, o pensamientos sobre el alcohol o las drogas. Pueden ser valorados y usados para identificar antecedentes que han disparado, o podrían disparar el uso de sustancias.

Historia de resultados previos al tratamiento de abuso de sustancias y períodos de abstinencia autoiniciados. Una revisión de los éxitos y los fracasos que ha sufrido el usuario, puede proporcionar información valiosa sobre lo que funcionó y no fun-

cionó en tratamientos previos. La evidencia reciente en materia de fumadores sugiere que personas que han tenido períodos extensos de abstinencia antes del tratamiento obtienen mejores resultados, que aquellos que no han tenido períodos de abstinencia, aunque no se ha presentado evidencia comparable para usuarios de alcohol. La *Teoría del Aprendizaje Social* predeciría que experiencias de dominio previas suministrarían un aumento de autoeficacia, la cual a su vez resultaría en mejores resultados.

Revisión de las consecuencias positivas del abuso de sustancias. Las consecuencias positivas pueden incluir, por ejemplo: reforzamiento del papel de “enfermo”, reforzamiento social de amigos bebedores, o la liberación de la tensión. Varios estudios han sugerido que los que abusan del alcohol apoyan las creencias positivas sobre los efectos del alcohol y que éstas son mediadores del comportamiento de consumo, encontrándose que los alcohólicos que esperaban el refuerzo más positivo del alcohol fueron los más probables a sufrir recaídas durante el primer año después del tratamiento.

Otros problemas de vida. La mayoría de los que abusan de las sustancias suelen presentar otros problemas importantes de vida que requieren ser valorados, por ejemplo problemas de salud, falta de habilidades interpersonales, problemas familiares; sin importar si la persona usa una sustancia para enfrentarse con los problemas, o si el uso de la sustancia ha ocasionado estos problemas.

Indicativos de tolerancia. La tolerancia es la capacidad de consumir una gran cantidad de etanol, con mínimas señales de incapacidad. Esto probablemente indique una larga historia de consumo intenso, el nivel de tolerancia al alcohol de un individuo puede tener implicaciones importantes para la planeación del tratamiento y la selección de la meta, por ejemplo abstinencia *versus* moderación.

Además, se recomienda a los profesionales de la salud que consideren los siguientes indicadores:

Indicadores pasados o presentes de disfunción hepática. Por ejemplo, el aumento de ciertas

enzimas hepáticas puede ser indicativo de disfunción hepática.

Riesgos asociados al considerar una meta de tratamiento de consumo moderado. Por ejemplo: el beber puede exacerbar los problemas médicos existentes o puede poner en riesgo el matrimonio, si la pareja del usuario se opone a que consuma alcohol.

ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA SESIÓN DE EVALUACIÓN

La sesión de evaluación, consiste en la aplicación de diferentes instrumentos que permiten la recolección de información relacionada con el consumo, la cual será útil para la planeación del tratamiento; así como para corroborar o aclarar los datos obtenidos durante la sesión de admisión.

La planeación del tratamiento consiste en una serie de estrategias enfocadas a solucionar los problemas relacionados con el consumo de alcohol del usuario. Para ello, se retoman los indicadores del patrón de consumo, las situaciones de riesgo de beber en exceso, la confianza del usuario para el logro del cambio y su posterior mantenimiento, así como las consecuencias negativas experimentadas por el consumo. Estos indicadores permiten identificar si la meta del tratamiento debe ser la abstinencia o la moderación.

Durante esta sesión el terapeuta proporciona al usuario la información y los materiales, que se emplearán a lo largo de el tratamiento (autoregistro, lecturas y ejercicios).

Se recomienda al terapeuta, antes de la sesión, preparar con anticipación todos los materiales a utilizar, analizar la información obtenida durante la sesión anterior, y revisar la Guía Rápida de la sesión (Véase Instrumentos de Evaluación).

De manera general, está sesión se puede dividir en: a) aplicación de instrumentos de evaluación, b) entrega y explicación al usuario del autoregistro y, c) entrega y explicación al usuario de la primera lectura y los ejercicios correspondientes.

**a) Aplicación de instrumentos de evaluación**

El primer instrumento que se aplica durante la sesión de Evaluación es la **Entrevista Inicial** (Véase Instrumentos de Evaluación). Este instrumento incluye diferentes apartados que permiten obtener información sobre los indicadores mencionados previamente. Las áreas que componen la Entrevista Inicial son: salud física, situación laboral, historia de consumo de alcohol y/o drogas, y consecuencias adversas al uso de sustancias. Es importante mencionar que algunos de los rubros que valora la entrevista, fueron recolectados durante la sesión de admisión, por lo que antes de la sesión de evaluación el terapeuta debe llenar la entrevista con esta información, para no repetir preguntas que ya se formularon.

La aplicación de la Entrevista Inicial tiene una duración de aproximadamente 20 minutos. La información que se obtiene con este instrumento es útil para la planeación del tratamiento, y también nos indica algunos cambios necesarios relacionados con estilo de vida de los usuarios; así como las consecuencias del consumo, que se presentan después de haber participado en el programa de tratamiento.

Línea Base Retrospectiva de consumo de alcohol (LIBARE) desarrollada por Sobell y Sobell, 1979 (Véase Instrumentos de Evaluación), se utiliza para medir el **patrón de consumo** (cantidad y frecuencia).

La **LIBARE** es muy útil para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento. El material que se le proporciona al usuario es una especie de calendario con el cual se le pide que recuerde y anote su forma de beber lo mejor posible, día con día, en forma retrospectiva. Este procedimiento por lo regular toma entre 20 y 40 minutos para su aplicación. Es importante que el usuario, al contestarlo, no haya consumido alcohol en las últimas horas.

Se ha encontrado que este instrumento es confiable y válido para determinar el consumo de alcohol de personas durante los 365 días anteriores a la entrevista, en diferentes poblaciones de este tipo de

usuarios (Sobell, 1982). También se ha encontrado concordancia entre reportes, línea base retrospectiva del usuario y reportes de sus colaterales.

La **LIBARE** puede ser administrada por el entrevistador o en forma de autoreporte. Este instrumento cuenta, como ya se dijo, con un calendario que es el principal apoyo para recordar el consumo. El entrevistador debe animar al usuario en ser lo más preciso posible. Es importante empezar por el día de la entrevista e ir llenando los 365 días restantes en forma retrospectiva. Cuando no se consume debe ponerse "0" en la casilla. En este instrumento no importa la bebida consumida sólo la cantidad "trago estándar". Si se tiene un patrón de consumo regular, por ejemplo, los viernes con los amigos, es adecuado empezar a llenar el instrumento anotando esas fechas.

Ejemplo de la línea base retrospectiva del mes de junio que muestra el patrón de bebida.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
						1	2
	3	4	5 Tomé 6 copas	6 Tomé 8 copas	7 Tomé 7 copas	8 Tomé 8 copas	9 Tomé 10 copas
Junio	10 0	11 0	12 0	13 0	14 9 copas	15 9 copas	16 9 copas
2002	17 0	18 0	19 0	20 0	21 9 copas	22 9 copas	23 9 copas
	24 0	25 0	26 0	27 0	28 16 copas	29 8 copas	30 10 copas
	31 0						

Se sugiere que se incluyan días clave (fiestas, cumpleaños, vacaciones, etc.) para facilitar su recuerdo de consumo. También considerar hospitalizaciones, enfermedades y arrestos relacionados con la ingesta o suspensión de bebidas alcohólicas.

Al inicio de la aplicación de este instrumento es importante identificar el límite tanto superior como inferior del consumo. Si el usuario tiene dificultad para establecer el límite superior, se sugiere exagerar este límite y de esta forma ayudarlo a que estime el límite más adecuado.

Antes de iniciar su llenado se debe explicar al usuario el concepto de trago estándar.

Los datos que se obtienen de la **LIBARE**, pueden ser calculados en forma manual o mediante una calculadora, los más importantes son:

1. Número total de días de consumo y de abstinencia
2. Número total de tragos estándar consumidos en el año, por mes y por día
3. Promedio de consumo por día
4. Porcentaje de días de abstinencia, de consumo moderado (uno a cuatro tragos estándar), de consumo excesivo (cinco a nueve tragos estándar) y consumo muy excesivo (más de 10)

La información obtenida de la **LIBARE** se analiza con el usuario en la primera sesión, y resulta de mucha utilidad como instrumento motivacional para apoyar la decisión de cambio por parte del usuario. Este instrumento se vuelve a aplicar en las sesiones de seguimiento, para medir los cambios en el patrón de consumo.

Expectativas y situaciones de alto riesgo. Ya que existe un alto grado de posibilidad de recaídas entre los que abusan del alcohol, los terapeutas deben estar preparados para apoyar a sus clientes a enfrentarse con ellas.

Hace varios años Marlatt y Gordon (1985), desarrollaron un sistema de clasificación para categorizar situaciones que preceden a las recaídas. Basados en información proporcionada por usuarios con cinco tipos diferentes de comportamiento adictivo, incluyendo el abuso en el consumo de alcohol, encontraron que las situaciones asociadas con 72% de las recaídas, se encontraban en tres de ocho categorías: **estados emocionales negativos** (ansiedad, depresión), **presión social** (presión de amigos para consumir alcohol), y **conflictos interpersonales** (discusiones con otras personas), la ventaja clínica de saber qué situaciones son de alto riesgo para que los usuarios sufran una recaída permite que el tratamiento pueda ser adaptado a estas situaciones, y ayudar a los usuarios a desarrollar estrategias efectivas para enfrentar esas situaciones.

Se han desarrollado dos instrumentos para evaluar situaciones de recaída previas y potenciales, para aquellas personas que abusan del alcohol (Annis y Kelly, 1984), el primero es el **Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA)** (véase

Instrumentos de Evaluación), requiere que los usuarios evalúen 100 reactivos o situaciones diferentes, y que indiquen en una escala de cuatro puntos la frecuencia con la que bebieron intensamente, y sin control en esas situaciones durante el último año.

El segundo instrumento, el **Cuestionario de Confianza Situacional forma breve (CCS)** (véase Instrumentos de Evaluación) contiene ocho reactivos, los cuales son paralelos a los reactivos del **ISCA**. Este instrumento fue desarrollado para evaluar la habilidad percibida del usuario para resistirse a consumir bebidas alcohólicas en situaciones particulares. A los usuarios se les pide que se imaginen a sí mismos en cada una de las situaciones, y que indiquen en una escala del 1 al 10 qué tan confiados o seguros se sienten en el momento presente, para resistir la tentación de beber en exceso en una situación similar.

Los reactivos en el **ISCA** y en el **CCS breve**, están divididos en dos categorías principales de situaciones: a) estados personales (intrapersonales) y b) situaciones que involucran a otras personas (interpersonales). Los estados personales incluyen cinco subcategorías (emociones placenteras, incomodidad física, emociones placenteras, probando autocontrol sobre el alcohol, tentación o necesidad de consumir).

Las situaciones que involucran a otras personas incluyen tres subcategorías (conflicto con otros, presión de otras personas para beber, momentos placenteros). Las ocho subcategorías son paralelas a las postuladas por Marlatt y Gordon (1985). Una vez que el usuario completa los cuestionarios, se puede desarrollar un perfil de las situaciones que presentan mayor riesgo de consumo **ISCA** y un perfil de la confianza que tiene del usuario en lograr la meta del tratamiento¹.

La evaluación de las situaciones de consumo, es importante debido a que la mayoría de los enfoques psicoterapéuticos al tratamiento de

¹ Los resultados de estos instrumentos se entregan durante el Paso 2 del tratamiento.



problemas de alcohol, han sido orientados hacia la ayuda de individuos para enfrentar el efecto negativo o para compensar sus deficiencias de su conducta (por ejemplo, déficit de habilidades sociales) y poco se han interesado por evaluar las situaciones de riesgo para el consumo de los usuarios. Ver al consumo excesivo como una respuesta inapropiada tiene raíces históricas, así como el apoyo de investigación contemporánea (Marlatt, Gordon, 1985).

Sin embargo, recientemente, la investigación, ha empezado a explorar la posibilidad de que el consumo excesivo sea motivado positivamente; investigaciones en expectativas relacionadas con el alcohol (creencias sobre los efectos del alcohol) sugieren que las expectativas varían con los patrones de bebida y pueden mediar en las decisiones de beber (Brown *et al.*, 1980; Connors, Farrell, Cutter y Thompson, 1986).

Los alcohólicos tienen mayores expectativas sobre los efectos positivos del alcohol que otros grupos de bebedores, incluyendo a los bebedores problema. También se ha encontrado que los alcohólicos que obtuvieron las calificaciones más altas en el cuestionario que valora las expectativas positivas del alcohol, tuvieron más probabilidades de recaer dentro del año siguiente al tratamiento (Brown, 1985). Estos descubrimientos han tenido implicaciones importantes para la planeación del tratamiento, ya que aquellos individuos que tienen expectativas fuertes en relación con los efectos positivos del alcohol, aparentemente son aquéllos con mayor riesgo de recaída.

Métodos objetivos. Como se indicó anteriormente, un gran cúmulo de evidencia sugiere que bajo ciertas condiciones, los auto-registros de usuarios de alcohol son bastante confiables y válidos. Esto, sin embargo, no significa que todos los reportes de los usuarios sean precisos, por lo tanto es importante usar otras medidas objetivas para confirmar los datos de los autoreportes.

Aunque los métodos retrospectivos ya fueron discutidos, se debe señalar que es práctica común

buscar los marcadores biológicos de consumo de alcohol, asumiendo que las medidas bioquímicas son sin duda superiores a los autoreportes.

Sin embargo, es conveniente tomar en cuenta que los marcadores biológicos deben complementar, y no sustituir las medidas del consumo de alcohol derivadas de cuestionarios, para motivar las entrevistas personales (Salaspuro, 1986).

El uso reciente de sustancias puede ser detectado por medio de diferentes fluidos corporales (por ejemplo: sudor, sangre, orina, saliva y aliento) algunas pruebas requieren del uso de laboratorio, por lo que no proporcionan resultados inmediatos. Las pruebas también difieren en cuanto al costo y nivel de precisión.

La forma más rápida y clínicamente conveniente para determinar el nivel presente de consumo de etanol de una persona, es usar la prueba de alcohol en el aliento. Existen en el mercado varios equipos de bajo costo que proporcionan una estimación inmediata y bastante confiable del nivel de intoxicación de un usuario por consumo de alcohol.

Se recomienda utilizar las pruebas de aliento cuando se sospeche que el usuario ha consumido alcohol, ya que en varios estudios se ha encontrado que los resultados de las pruebas y autoreportes de los usuarios son poco confiables, cuando el usuario se encuentra con alcohol en el organismo.

b) Entrega y explicación al usuario del auto-registro

El automonitoreo o auto-registro requiere que el usuario anote rutinariamente varios aspectos de su conducta de consumo (véase Instrumentos de Evaluación). Para los usuarios de sustancias, esto usualmente significa monitorear o registrar el comportamiento de consumo de alcohol o uso de drogas, así como los eventos relacionados (necesidad de consumo, consecuencias). Aunque el auto-registro es una técnica conductual muy popular, existe poca investigación de su aplicación en el área de las adicciones.

El auto-registro proporciona retroalimentación al usuario y se ha sugerido que sólo el hecho de registrar la conducta puede producir un cambio en el comportamiento registrado (Nelson y Hayes, 1981). Si este es el caso puede ser difícil usar el auto-registro para obtener la línea base de la conducta de consumo para propósitos de investigación. Sin embargo, para propósitos clínicos, el auto-registro puede ser usado durante el proceso de medición inicial y como una herramienta para vigilar el progreso del tratamiento, solo mientras el terapeuta esté consciente de que llevar un auto-registro puede estar afectando el uso de la sustancia (alcohol o drogas).

El auto-registro requiere que el usuario lleve un diario o bitácora y que registre diferentes aspectos relacionados con su consumo, entre los que se incluyen:

- a) Episodios de consumo
- b) Cantidad, frecuencia e intensidad de la conducta de consumo
- c) Circunstancias asociadas con el consumo (por ejemplo: lugar de consumo, estado de ánimo, consecuencias a corto y a largo plazo por su consumo, etc.), y
- d) Pensamientos y necesidad de consumo

Es importante comentar que el auto-registro es más benéfico para aquellos individuos que buscan la moderación como meta del tratamiento. Poder obtener un registro de la frecuencia, cantidad e intensidad del consumo durante el tratamiento puede facilitar el proceso de cambio. Pero también se ha encontrado que para aquellas personas que buscan la abstinencia como meta, llevar un registro de "cero" en su consumo, refuerza la meta de abstinencia, pues le permite darse cuenta de que puede mantenerse en su vida cotidiana sin consumo.

Es importante que el terapeuta sepa que cuando se le pide a un usuario que lleve un registro de su consumo, debe revisarlo en cada sesión y comentar con él, los registros para mantener la validez de los mismos. Es importante señalar que un comentario punitivo o inadecuado del terapeuta

al respecto del reporte de un usuario, puede hacer que éste afecte la veracidad de sus reportes.

El autoregistro debe comentarse con el usuario al principio de cada sesión de tratamiento, el terapeuta debe identificar los cambios en el patrón de consumo para obtener información adicional sobre situaciones de riesgo de recaídas, y dar oportunidad al usuario para que pueda comentar algunas situaciones.

c) Entrega y explicación al usuario de su primera lectura y ejercicios

Para terminar con la sesión de evaluación se le proporciona y explica la lectura y el ejercicio del Paso 1 "Decidir Cambiar y Establecimiento de Metas" (véase Guía del Usuario). De manera general, la explicación debe incluir un resumen sobre los puntos más importantes de la lectura y la manera en la que el usuario debe resolver los ejercicios que forman parte de la lectura. Es importante señalarle que los ejercicios se resuelven después de que lea el material. Para este primer material se le debe especificar al usuario que su contenido le ayudará a analizar: 1) los costos y beneficios de su actual forma de beber, 2) tomar conciencia de sus decisiones y las consecuencias que siguen a las mismas, 3) identificar razones para cambiar, y 4) establecer su meta de consumo.

Con la entrega de la tarea es importante enfatizar que ésta se realiza en casa y, que en caso de que al realizarla no le quede claro, puede llamar al terapeuta para aclarar sus dudas. Además, se le indica que traiga consigo una copia fotostática de los ejercicios que realiza como parte de su tarea; ya que este material se integrará al expediente. Estas últimas indicaciones se reiteran en todas las sesiones al entregársele la tarea.

Finalmente, se realiza el cierre de la sesión y se indica al usuario la fecha y la hora a su primera sesión de tratamiento. Es importante mencionarle que durante las mismas, se le irán proporcionando los resultados de sus evaluaciones.



Después de la sesión, es recomendable que el terapeuta, califique e interprete los instrumentos aplicados durante la sesión. Estos resultados deben integrarse al expediente del usuario.

RESÚMEN DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE LA SESIÓN DE EVALUACIÓN

- ✓ Recepción del usuario
- ✓ Resumen de la sesión anterior
- ✓ Aplicación de la Entrevista Inicial
- ✓ Aplicación de la Línea Base Retrospectiva
- ✓ Aplicación del Inventario de Situaciones de Consumo
- ✓ Aplicación del Cuestionario de Confianza Situacional
- ✓ Entrega y explicación del Autoregistro
- ✓ Entrega y explicación de la primera lectura y ejercicios

- ✓ Cierre de la sesión
- ✓ Se programa la primera sesión de tratamiento
- ✓ Se integra el expediente y se realiza el reporte de la sesión

DOCUMENTOS QUE DEBEN INTEGRARSE AL EXPEDIENTE DESPUES DE LA EVALUACIÓN

1. Entrevista Inicial
2. Inventario de situaciones de consumo excesivo de alcohol (**ISCA**)
3. Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (**LIBARE**)
4. Cuestionario de confianza situacional (**CCS breve**)
5. Reporte de sesión (Véase Instrumentos de Evaluación)

También se deben incluir los resultados de la **LIBARE, ISCA y CCS.** 

Módulo III

Sesiones de Tratamiento

OBJETIVOS

Al final de este capítulo el participante:

- Conocerá el contenido de cada uno de los cuatro pasos del modelo
- Conocerá las actividades a realizar en cada uno de estos pasos
- Identificará las lecturas y los ejercicios de cada uno de los pasos
- Aprenderá a aplicar e interpretar cada uno de los ejercicios de los cuatro pasos

PASO 1. DECIDIR CAMBIAR Y ESTABLECIMIENTO DE METAS

El objetivo de esta primera sesión es ayudar al usuario a reflexionar sobre su consumo de alcohol, y a encontrar las razones para moderar o suspender su consumo. También le ayudará a explorar y reducir la ambivalencia normal que experimentan los individuos, cuando contemplan un cambio importante en su estilo de vida. Finalmente, al término de la sesión el usuario establecerá su primera meta de consumo, la cual intentará alcanzar en las siguientes semanas.

Con la finalidad de tener presentes los componentes que se revisan durante la sesión, se recomienda preparar el material y la información de la misma con anterioridad, utilizando la Lista Checable y la Guía Rápida para esta sesión (véase Instrumentos de Evaluación). Es necesario tener la calificación y la interpretación de la **LIBARE**, considerando el número

total de copas consumidas durante el año pasado, el consumo semanal, número de copas promedio por ocasión de consumo, el número máximo de copas consumidas, los días de abstinencia, períodos de consumo moderado y excesivo. Por otro lado, es importante considerar la interpretación de los marcadores biológicos en caso de haberlos solicitado en la sesión de admisión.

Como punto inicial de la sesión, el terapeuta comenta brevemente al usuario, las actividades que ambos realizaron durante la sesión de evaluación (Evaluación del patrón de consumo a través de la LIBARE, identificación de las situaciones de consumo y exploración de la confianza del usuario para controlar el consumo en diferentes situaciones).

Posteriormente, el terapeuta le solicita al usuario su auto-registro con el propósito de revisar su consumo semanal. El análisis comienza preguntando a las perso-



nas: ¿qué sucedió durante la semana? y si hubo cambios significativos en su consumo. Algunas preguntas útiles para realizar el análisis del auto-registro son:

- ¿En cuánto tiempo consumió cada copa?
- ¿Cuánto tiempo transcurrió entre copa y copa?
- ¿Cuánto tiempo duró su consumo?
- ¿Cómo se sintió antes, durante y después del consumo?
- ¿En qué lugares consumió y con quién realizó su consumo?
- ¿Existió el deseo de seguir consumiendo alcohol?

Después de analizar el auto-registro, se pregunta al usuario sobre los aspectos que llamaron su atención o los que considera son más importantes de su primera lectura, enfatizando la importancia de tomar decisiones y las consecuencias de éstas, los costos y beneficios de su consumo actual de alcohol, la identificación de las razones del cambio, la importancia de establecer una meta y la confianza para lograrla, además de hacer una revisión de los ejercicios contestados por el usuario.

En caso de que el usuario no cumpla con la tarea, el terapeuta debe indagar las razones por las cuales el usuario no la realizó y, por esa ocasión puede resolverla junto con el usuario durante la sesión. Sin embargo, tendrá que recordarle su responsabilidad como parte de la intervención, y advertirle que en las siguientes citas, no se podrá realizar la sesión si no trae consigo resueltos los ejercicios. Si el usuario muestra dificultad para comprender las instrucciones de la tarea, el terapeuta debe ayudarlo a encontrar a una persona que le ayude a resolverla (por ejemplo: algún familiar).

En el **Ejercicio 1A Decisión de Cambio**, se le pide al usuario que complete cuatro celdas de una tabla de dos por dos con los siguientes encabezados: "Cambiar mi forma de beber"; "Continuar con mi forma de beber" en la parte superior, y en la parte inferior "Beneficios de:" y "Costo de:". Al comentar el ejercicio con el usuario, se le pide que describa en primer lugar los beneficios de continuar con su forma actual de consumo de alcohol (ejemplo: "me ayuda a relajarme", "me gusta la compañía de mis amigos"). En segundo lugar se analizan los

costos de continuar con su forma de beber (ejemplo: "mis amigos se molestarán conmigo", "tendré problemas familiares"). En un tercer momento se abordan los costos de cambiar su forma de beber (ejemplo: "me faltará emoción y diversión"). Por último se le pide al usuario que explique los beneficios que identificó si cambiara su consumo actual de alcohol (ejemplo: "me sentiría más saludable", "tendría más dinero").

Este ejercicio define ambos lados de la ambivalencia, lo cual como ya se identificó, es una situación normal que se presenta al decidir un cambio. La motivación para el cambio ocurre cuando un individuo se percata de que los costos de un comportamiento son más perjudiciales que los beneficios recibidos.

En el **Ejercicio 1B Razones para Cambiar**, se le pide al usuario que piense en tres de las razones más importantes que lo llevan a decidir un cambio en su consumo problemático del alcohol. Cuando se revisa el ejercicio, el terapeuta puede ayudar al usuario a enriquecer sus razones, preguntando sobre ejemplos específicos y aclarando por qué cada una de las tres razones que identificó son importantes. Este ejercicio puede reforzarse con la información obtenida en el **Ejercicio 1A Decisión de Cambio**.

El **Ejercicio 1B** ayuda a motivar el cambio. Cuando se revisan las razones para el cambio, si éstas son descritas de manera negativa deben de modificarse a fin de que se describan resultados positivos, por ejemplo: "Quiero estar saludable durante muchos años para poder gozar de mi familia, de mis amigos y divertirme"; en lugar de "No me quiero morir de una enfermedad del hígado". Es importante apoyar las razones de cambio identificadas por el usuario, y enfocarse en ellas.

Cuando el usuario cuenta con pareja se pueden realizar las siguientes preguntas, para encontrar o fortalecer las razones de cambio: "¿Cuál supone que sería la opinión de su esposo(a) sobre cómo cambiaría la vida de la familia, si usted no tuviera problemas con la bebida?"; "¿Qué supone que diría su esposo(a) que serían las razones para el cambio?"; o "¿Qué supone que diría su esposo(a), respecto a qué sería diferente en usted si no bebiera tanto?".

Enseguida, se presentan los resultados de la **LIBARE** al usuario, con el propósito de brindarle más información para el establecimiento de su meta, ejercicio que se revisa a continuación.

Después que el terapeuta entrega al usuario los resultados de la **LIBARE**, le solicita que comente cuál será su meta de consumo de alcohol, utilizando el **Ejercicio 1C Establecimiento de Metas**. El terapeuta debe asegurarse de que el usuario haya contestado todas las preguntas que se incluyen como parte de este ejercicio, y lo ayudará a definir su meta.

Muchos bebedores problema prefieren seleccionar sus propias metas. Algunas investigaciones sugieren que cuando se les permite a las personas hacer sus propias elecciones, dentro de un rango de posibles alternativas, éstas muestran una mayor aceptación del tratamiento y en general obtienen resultados más favorables. La primera pregunta al **Ejercicio 1C Establecimiento de Metas** hacia los usuarios es si planean abstenerse o reducir su consumo de alcohol.

Si el usuario elige reducir el consumo como meta, y esto no está contraindicado, el profesional de la salud debe reforzar la meta elegida utilizando las sugerencias para beber con seguridad o moderación. Se debe informar a los usuarios que si han elegido como meta la reducción en el consumo de alcohol, su consumo no debe estar motivado por el propósito de alcanzar un efecto o estado de intoxicación determinado (debido a la tolerancia), sino como parte de una actividad social o por disfrutar el sabor de la bebida.

Es importante que los usuarios definan su meta con todo detalle: el número de tragos que planean consumir en un día normal y la frecuencia (ejemplo: número de días por semana).

A los usuarios con meta de moderación del consumo, se les pide que definan las situaciones en las que planean beber, y en qué situaciones no lo harán.

Si el usuario elige una meta de consumo que no es compatible con los lineamientos de *consumo moderado o seguro*, o elige una reducción en la bebida a pesar de tener una dependencia severa o contraindicaciones médicas o sociales hacia el consumo de

alcohol, se le debe informar que lo que se propone va en contra de los lineamientos del Modelo y de su salud, y se le debe mencionar de manera explícita que lo indicado es que elija la abstinencia.

Sin embargo, es importante que el usuario sea honesto con el profesional de la salud y que éste sea capaz de ayudar a elegir la meta que más lo beneficie. En ocasiones, después de tratar de obtener una meta contraindicada, el usuario puede decidir que esto no le beneficiará y tomará la decisión de adoptar los lineamientos seguros en cuanto al consumo de alcohol o la abstinencia. Por ejemplo: un usuario que disminuye de 40 tragos por semana a 25 tragos por semana, se puede dar cuenta de que aún tiene algunos problemas de salud o sociales, y decida disminuir aún más su consumo o adoptar la abstinencia.

Si el usuario insiste en que el terapeuta elija la meta, se pueden dar sugerencias adicionales, pero se debe insistir en que sea el mismo usuario el que tome la decisión final.

Después de que se revisa la meta de consumo y como parte del mismo ejercicio se analiza *¿qué tan importante es para el usuario lograr su meta?* y *¿qué tan confiado se siente de lograr su meta?* Es importante promover en el usuario, que considere el mayor porcentaje posible para describir la importancia que tiene para él el logro de su meta. Entre más importante sea para un sujeto alcanzar su meta, se reflejará en su disposición para cambiar su consumo.

Por otra parte, con relación a la confianza del usuario para lograr su meta, es necesario comentar con él, que 50% de ésta la obtiene con su participación en el modelo, y él debe determinar en dónde se encuentra considerado el otro 50% restante. Una percepción alta de eficacia para el logro de la meta se puede traducir en una mayor probabilidad de éxito, sin embargo, el terapeuta debe cuidar que el usuario no se sienta demasiado confiado, sobre todo en estos primeros momentos del cambio, pues una confianza excesiva también puede favorecer que el usuario descuide las señales a las que debe estar atento y que favorecen su consumo excesivo de alcohol. Debe ponerse énfasis



en que esta sesión es el primer paso de un proceso de cambio, que requiere constancia y compromiso hacia el cumplimiento de su meta.

Al terminar la sesión, se le recuerda al usuario los puntos importantes que se vieron, resaltando los beneficios de cambiar su consumo de alcohol, los costos de continuar su consumo actual, sus razones de cambio y su meta de consumo; asimismo, se le pide que continúe con el auto-registro de su consumo. Se hace énfasis en que no deje de anotar en el mismo las situaciones, los pensamientos y sentimientos que se asocian a su consumo de alcohol, ya que esto le servirá como un apoyo para desarrollar una mayor conciencia de su patrón de consumo, y a identificar que situaciones lo promueven; lo cual permitirá plantear estrategias de afrontamiento exitosas.

Por último, se entrega y explica cómo resolver en su casa la lectura del Paso 2. **Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso** (véase Guía del Usuario), señalándole que sus respuestas a los ejercicios serán revisadas en la siguiente sesión.

RESÚMEN DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR

DURANTE EL PASO 1

- ✓ Recepción del usuario
- ✓ Resumen de la sesión anterior
- ✓ Revisión del auto-registro
- ✓ Discusión de la primera lectura
- ✓ Revisión del *Ejercicio 1A Decisión de Cambio*
- ✓ Revisión del *Ejercicio 1B Razones para Cambiar*
- ✓ Entrega y discusión de los resultados de la **LIBARE**
- ✓ Revisión del *Ejercicio 1C Establecimiento de Metas*
- ✓ Entrega y explicación de la segunda lectura y ejercicios
- ✓ Cierre de la sesión
- ✓ Se programa la segunda sesión de tratamiento
- ✓ Integración del expediente

DOCUMENTOS QUE DEBEN INTEGRARSE

AL EXPEDIENTE DESPUÉS DEL PASO 1

1. Auto-registro
2. Ejercicio 1A "Decisión de Cambio"

3. Ejercicio 1B "Razones para Cambiar"
4. Ejercicio 1C "Establecimiento de Metas"
5. Reporte de la sesión (véase Instrumentos de Evaluación)

PASO 2. IDENTIFICAR SITUACIONES QUE ME PONEN EN RIESGO DE BEBER EN EXCESO

En este segundo paso el terapeuta guía al usuario a identificar la relación entre su estilo de vida, su problema con el consumo de alcohol, las situaciones de riesgo que lo llevan a beber en exceso y las consecuencias de esa forma de consumo. Básicamente, se le pide al usuario que identifique las situaciones que se asocian con su modo de beber.

Se recomienda antes de la sesión preparar el material y la información utilizando la Guía Rápida del Paso 2 (véase Instrumentos de Evaluación) con el objeto de identificar los componentes de la misma. También se requiere tener los resultados e interpretación del **ISCA** y del **CCS**, identificando las tres principales situaciones de consumo, el perfil de consumo del usuario y las tres principales situaciones en las cuales es menor su confianza para controlar el consumo.

Al igual que la sesión anterior, el terapeuta inicia con el resumen de la sesión anterior (Paso 1: Decidir cambiar), señalando los puntos importantes, tales como los beneficios de cambiar su consumo actual, los costos de continuar con su consumo, sus razones de cambio y la meta de consumo que decidió. Analiza el auto-registro de esa semana y, comenta con el usuario los aspectos que llamaron su atención de la lectura, dando énfasis al cambio como un proceso de aprendizaje.

Antes de revisar en detalle las actividades que se realizan durante el Paso 2, es importante comentar que éste es un momento clave en donde se aborda la prevención de recaídas. Sin embargo, los pasos anteriores son la preparación para este paso, al realizar la aplicación de instrumentos que permiten identificar las situaciones de consumo del usuario, y al promover la disposición al cambio de los sujetos. Durante este paso se analiza con el usuario la necesidad de contemplar las recaídas como parte del cambio y el logro de la

abstinencia o de la moderación como una meta a largo plazo. Esto se hace con base en la discusión de la “Montaña del Éxito”. Durante el análisis de estos materiales se resalta el hecho de que a pesar del mejor esfuerzo del usuario por manejar las situaciones principales de su consumo, y cumplir con su meta, es posible que no tenga éxito en todas las ocasiones, es decir, que tenga una caída o incluso una recaída,¹ lo que puede hacerlo experimentar reacciones emocionales negativas, tales como sentir que cambiar es muy difícil y no vale la pena el esfuerzo, sentirse culpable, tal vez un poco deprimido y pensar que es una persona débil o “perdedora”. No obstante, se reconoce que éstas son reacciones naturales a las recaídas, y que puede combatir las con las siguientes estrategias:

- a) Pensar en la caída como un error: Todos cometemos errores. Al igual que con otros errores, nosotros podemos pensar sobre qué hicimos mal y cómo corregirlo, o evitar hacerlo de nuevo.
- b) Reconocer que una recaída no significa que se está regresando al patrón de consumo anterior.
- c) Recordar las razones de su cambio: Revisar estas razones para cambiar y comprometerse con ellas.

Es importante también señalarle al usuario que no interprete esto como un permiso para tener recaídas.

Después de este punto, se continúa con el análisis de las situaciones de riesgo para el consumo que el usuario identificó como parte de su tarea, pues esto le permitirá durante el siguiente paso analizar las opciones que puede desarrollar para afrontar estas situaciones.

Por otro lado, es importante comentar que otro momento clave para prevención de recaídas ocurre durante las sesiones de seguimiento. Durante estas sesiones, se analiza el consumo del usuario después de que deja de asistir al tratamiento, con el objetivo de identificar la ocurrencia de alguna recaída, se analizan las estrategias que aplicó el usuario y se señalan los posibles cambios que deberá realizar en sus planes

de acción. De esta manera, cuando el terapeuta detecta durante el seguimiento, la presencia de alguna caída o recaída, analiza junto con el usuario las alternativas que le permitirán afrontar una situación similar en el futuro.

En el **Ejercicio 2 “Situación en la que haya tomado alcohol en exceso”**, se le pide al usuario que describa tres situaciones de alto riesgo cuando bebe de manera problemática, y las consecuencias que tuvo al ingerir alcohol en forma excesiva. Los precipitadores o disparadores usuales para cada una de estas situaciones también están incluidos (ejemplo: situaciones inesperadas, situaciones que busca el usuario, situaciones emocionales, problemas personales).

Durante la revisión del ejercicio, se apoya al usuario a describir con detalle las situaciones de alto riesgo, a identificar los precipitadores o disparadores y las consecuencias en forma clara y específica, y se le pregunta sobre los posibles antecedentes y consecuencias que pueda haber pasado por alto.

Es importante que al revisar las consecuencias del consumo, se analice cómo las consecuencias positivas inmediatas del consumo son las que lo mantienen, y la importancia de pensar en las consecuencias negativas que se presentan a largo plazo, como una estrategia para cambiar su consumo.

En esta sesión se retoman los resultados del **ISCA** y del **CCS**, los cuales se comparan con las respuestas dadas por el usuario en su ejercicio. Al comparar las situaciones de consumo planteadas por el usuario en su tarea con las principales situaciones de riesgo arrojadas por el instrumento y el perfil obtenido del usuario, se detectan con mayor claridad las situaciones que verdaderamente lo ponen en riesgo de consumir.

En caso de que la comparación de las situaciones identificadas por el usuario en su tarea, y las encontradas en el **ISCA** y el **CCS** no coincidan, se analiza con el usuario las situaciones derivadas de los instrumentos, y si éste considera que también estas situaciones son de riesgo para su consumo; entonces se sugiere realizar el mismo ejercicio con ellas. Sin embargo, es importante mencionar que, en ocasiones, la falta de coincidencia entre las situaciones puede deberse a que el **ISCA**

¹Las caídas se definen como la violación a la meta establecida por el usuario durante el programa. Mientras que las recaídas se distinguen por el regreso a un patrón de consumo similar al que presentaba el usuario antes de la intervención.



evalúa las situaciones en que el usuario consumió en forma excesiva durante el año pasado, mientras que el **CCS** valora la confianza que el usuario tiene para controlar su consumo en las mismas situaciones, pero en el momento actual. Por lo tanto, aunque un usuario durante el último año haya bebido en exceso en situaciones relacionadas con emociones desagradables, es posible que en el momento actual, él no tenga mucha confianza para controlar su consumo en esa situación, como cuando se encuentra pasando un momento agradable con sus amigos.

Por último, se hace un resumen de los puntos más importantes planteados en la sesión, señalándole al usuario que su cambio es un proceso de aprendizaje a largo plazo, se recuerdan las situaciones principales de riesgo para consumir en exceso, así como los resultados del **ISCA** y del **CCS**. Se le entrega y explica la lectura y ejercicios del Paso 3. **“Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol”** (Véase Guía del Usuario), se recuerda su meta de consumo y la necesidad de continuar con su auto-registro.

RESUMEN DE LAS ACTIVIDADES

A REALIZAR DURANTE EL PASO 2

- ✓ Recepción del usuario
- ✓ Resumen de la sesión anterior
- ✓ Revisión del auto-registro
- ✓ Discusión de la segunda lectura
- ✓ Revisión del **Ejercicio 2 Situación en la que haya tomado alcohol en exceso**
- ✓ Entrega y análisis de los resultados del **ISCA** y **CCS**
- ✓ Comparación del ejercicio 2 y resultados del **ISCA** y **CCS**
- ✓ Entrega y explicación de la tercera lectura y ejercicios
- ✓ Cierre de la sesión
- ✓ Se programa la tercera sesión de tratamiento
- ✓ Integración del expediente

DOCUMENTOS QUE DEBEN INTEGRARSE

AL EXPEDIENTE DESPUÉS DEL PASO 2

1. Auto-registro
2. **Ejercicio 2 Situación en la que haya tomado**

alcohol en exceso.

3. Reporte de la sesión (Véase Instrumentos de Evaluación).

PASO 3. ENFRENTAR LOS PROBLEMAS

RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

En este tercer paso del tratamiento, se le pide al usuario que desarrolle estrategias para enfrentarse con las situaciones de alto riesgo, a fin de evitar en el futuro problemas de consumo excesivo.

El terapeuta debe preparar esta sesión considerando la Guía Rápida del Paso 3 (Véase Instrumentos de Evaluación), así como la tarea del Paso 2 (situaciones de consumo, sus disparadores y consecuencias).

La sesión se inicia con la revisión de los puntos más importantes abordados durante la sesión anterior (Paso 2: Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso), recordando al usuario sus tres principales situaciones de consumo, disparadores y las principales consecuencias de éstas. Posteriormente, se hace el análisis del autoregistro y enseguida se comentan los aspectos que llamaron la atención del usuario al revisar su lectura, en donde el terapeuta debe enfatizar la importancia de tener opciones que le permitan desarrollar estrategias detalladas para controlar su consumo ante situaciones específicas, dando lugar con esto al análisis de los ejercicios de la lectura.

En los **Ejercicios 3A Opciones y Probables Consecuencias** y **3B Planes de Acción**, se le pide al usuario que desarrolle opciones al consumo excesivo de alcohol, para cada una de las tres situaciones de alto riesgo que describió en el Ejercicio 2. Estas se usan como ejemplos de cómo enfrentarse a sus problemas en forma constructiva.

Al usuario se le recuerda que las opciones no deben limitarse sólo a lo que lo hace sentirse cómodo; se le explica que experimentar algo de incomodidad en un corto plazo, puede llevarlo a una buena recompensa a largo plazo. Puede ser de gran ayuda considerar a corto y largo plazo las consecuencias positivas y negativas de cada opción (ejemplo: una opción puede ser efectiva en un corto plazo, pero puede tener consecuencias negativas a largo plazo).

Se le pide al usuario que seleccione sus dos mejores opciones y que desarrolle planes de acción basados en éstas opciones. Los planes de acción deben subdividirse en pasos realistas. Si un plan no funciona se debe animar al usuario a que analice por qué se da esta situación y a que considere otras alternativas.

Para concluir se hace un resumen de la sesión con los puntos más importantes de ésta, señalando las dos mejores opciones que eligió el usuario para cada una de sus situaciones de consumo y los planes de acción que desarrolló para enfrentar sus situaciones de riesgo y controlar su consumo. Se le reitera su meta de consumo, se le entrega el Paso 4: **“Nuevo Establecimiento de Metas”** (véase Guía del Usuario) y se le solicita que continúe con su auto-registro.

RESÚMEN DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR

DURANTE EL PASO 3

- ✓ Recepción del usuario
- ✓ Resumen de la sesión anterior
- ✓ Revisión del auto-registro
- ✓ Discusión de la tercera lectura
- ✓ Revisión del **Ejercicio 3A Opciones y Probables Consecuencias**
- ✓ Revisión del **Ejercicio 3B Planes de Acción**
- ✓ Entrega y explicación del Nuevo Establecimiento de Metas
- ✓ Cierre de la sesión
- ✓ Se programa la última sesión de tratamiento
- ✓ Integración del expediente

DOCUMENTOS QUE DEBEN INTEGRARSE

AL EXPEDIENTE DESPUES DEL PASO 3

1. Auto-registro
2. **Ejercicio 3A Opciones y Probables Consecuencias**
3. **Ejercicio 3B Planes de Acción**
4. Reporte de la sesión (véase Instrumentos de Evaluación).

PASO 4. NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS

En el paso final del tratamiento el terapeuta debe analizar el progreso del usuario durante su partici-

pación en el modelo, con el propósito de decidir la conclusión del tratamiento o de considerar sesiones adicionales. Por su parte, el usuario define por segunda ocasión su meta de consumo.

El terapeuta debe preparar la sesión considerando la Guía Rápida del Paso 4 (véase Instrumentos de Evaluación), revisar los ejercicios realizados por el usuario a lo largo del tratamiento, los resultados de la primera aplicación del **CCS**, un nuevo formato del **CCS** y contar con el formato para hacer junto con el usuario su gráfica de consumo resultado del auto-registro.

La primera parte de la sesión, la constituye la revisión de los puntos importantes de la sesión anterior *Enfrentar los Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol*, entre los que se encuentran la revisión de las diferentes opciones a realizar durante las situaciones de alto riesgo para el consumo del usuario, la elección de las dos mejores alternativas para cada situación y el desarrollo de los planes de acción para estas dos opciones.

Nuevamente durante esta sesión, se retoma el análisis del autoregistro. Sin embargo, en esta ocasión este instrumento no solo servirá para hablar acerca del consumo semanal, sino que también permitirá analizar junto con el usuario el desarrollo de su consumo a lo largo de todo el programa. Por lo tanto, el primer punto de análisis durante la sesión consiste en determinar qué tanto ha cambiado su forma de beber. Para esto, durante la sesión se elabora una gráfica del registro de la frecuencia y cantidad del consumo durante los días del tratamiento, donde al usuario se le muestra su progreso. Este formato para realizar la gráfica de consumo está integrada al final del auto-registro que se le proporciona al usuario.

Además de revisar el cambio en el patrón de consumo, es importante analizar con el usuario qué tan capaz se siente en ese momento para tener control sobre su forma de beber alcohol, si aprendió a identificar las circunstancias que lo llevan a beber en exceso, si identificó los eventos que influyen para que beba en exceso y las consecuencias de su consumo (inmediatas y a largo plazo, positivas y negativas), si sus planes



de acción son efectivos, y qué tan capaz se siente para ponerlos en práctica. También, es importante durante la sesión preguntar al usuario qué más cree que necesita para mantener su cambio o para lograr su meta.

En el **Ejercicio 4A “Nuevo Establecimiento de Metas”**, se le pide al usuario que defina la meta de consumo para los siguientes meses, considerando sus avances y posibles tropiezos a lo largo del programa. El análisis de las metas de consumo se realiza considerando todos los aspectos planteados en la primera sesión. Como parte del ejercicio, se comparan las respuestas del usuario al comienzo del programa, respecto a la importancia que tienen para él en este momento lograr la meta establecida y qué tan confiado se siente para el logro de ésta.

Otro indicador importante que se retoma durante la sesión, es la exploración actual de su autoeficacia para enfrentar las diferentes situaciones de consumo medidas por el **CCS**. Este instrumento debe ser contestado por el usuario durante la sesión, y sus respuestas se comparan con la primera aplicación. Lo importante es que el usuario observe en qué porcentaje ha incrementado su autoeficacia para cada situación, en especial en aquéllas que lo ponían en riesgo de consumir en exceso.

Es importante recordar al usuario no olvidar que su meta fue modificar su forma de beber alcohol, y para que su cambio se mantenga, y su esfuerzo tenga resultados, requiere seguir muy alerta con relación a su consumo, así como continuar aplicando las estrategias aprendidas.

En este momento, se le debe enfatizar que si ocurre una recaída, debe enfrentarlo como un evento aislado, nunca como un fracaso, sino como una experiencia de aprendizaje. Pensar que es un tropiezo que tiene remedio y recordar que lo puede emplear para refinar o cambiar sus estrategias, y así prevenir futuras recaídas.

Al terminar la sesión, se recuerda al usuario las sesiones de seguimiento y se le da cita para su primer seguimiento, un mes después de haber concluido su tratamiento. No obstante, es importante mencionar que el modelo plantea la opción de sesiones

adicionales cuando las metas del programa no se han logrado. Para la planeación de sesiones adicionales el usuario debe dar su consentimiento y no sólo debe ser una decisión del terapeuta.

Las sesiones adicionales se sugieren cuando el usuario no alcanza la meta que se estableció al inicio del tratamiento. El terapeuta puede visualizar esta situación y a su vez mostrársela al usuario, mediante el empleo de la gráfica del consumo. Cuando ésta muestra que el consumo del usuario se ha mantenido por arriba de la meta en la mayoría de las ocasiones, se le debe proponer sesiones adicionales, con el propósito de repasar nuevamente sus opciones y planes de acción. Otra situación en la que pueden recomendarse las sesiones adicionales, es cuando el usuario se siente poco seguro de poder lograr el cambio, aún cuando su gráfica muestre una disminución en el consumo. En esta situación se pueden tener más sesiones, con el objetivo de reforzar la autoeficacia del usuario. El número de sesiones adicionales se extiende a las que se consideren necesarias, para que el usuario logre la meta o se incremente la confianza en sí mismo a fin de continuar por sí solo con su cambio.

Para terminar se le recuerda al usuario que también se citará a su colateral como parte de las sesiones de seguimiento.

RESÚMEN DE LAS ACTIVIDADES

A REALIZAR DURANTE EL PASO 4


- ✓ Recepción del usuario
- ✓ Resumen del tratamiento
- ✓ Revisión del auto-registro
- ✓ Elaboración de la gráfica del consumo durante el tratamiento
- ✓ Discusión acerca de:
 - Confianza para tener control sobre la forma de beber alcohol
 - Las circunstancias que lo llevan a beber en exceso
 - Las consecuencias de su consumo
 - Estrategias y planes de acción
- ✓ Revisión del **Ejercicio 4 Nuevo Establecimiento de Metas**



- ✓ Segunda aplicación del **CCS**
- ✓ Comparación de la primera y segunda aplicación del **CCS**
- ✓ Resumen de la sesión
- ✓ Recordatorio relativo a las sesiones de seguimiento y participación del colateral
- ✓ Cierre de la sesión
- ✓ Se programa el primer seguimiento (a un mes)
- ✓ Integración del expediente

DOCUMENTOS QUE DEBEN INTEGRARSE

AL EXPEDIENTE DESPUES DEL PASO 4

1. Autoregistro
2. Gráfica de consumo
3. **Ejercicio 4A Nuevo Establecimiento de Metas**
4. Segunda aplicación del **CCS**
5. Reporte de la sesión (véase Instrumentos de Evaluación) 

Módulo IV

Seguimiento

OBJETIVOS

Al final de este capítulo el participante:

- Conocerá la importancia de realizar sesiones de seguimiento después de concluido el tratamiento
- Conocerá los indicadores a obtener durante el seguimiento
- Conocerá las actividades a realizar en cada una de las sesiones de seguimiento propuestas por el modelo
- Identificará los instrumentos a aplicar en cada una de las sesiones de seguimiento

El seguimiento se debe entender como “el contacto individual a intervalos designados, sistemáticos y estructurados posteriores al tratamiento” (Miller, 1989). Un sistema organizado de seguimiento, proporciona ventajas que son difíciles de obtener de otra manera.

Las ventajas derivadas del seguimiento sistemático, superan en mucho los costos involucrados. Sin embargo, es necesario que el seguimiento no sea costoso, y procurar que el tiempo y esfuerzo invertido produzca una inversión equilibrada de costo-eficacia. Este módulo trata sobre algunos aspectos teóricos y prácticos, que se deben considerar al implementar un seguimiento.

RAZONES PARA REALIZAR EL SEGUIMIENTO

Las razones principales para realizar un seguimiento son (Miller, 1989):

- Medir la eficacia de las intervenciones, a través de su retroalimentación, a fin de descubrir y evaluar nuevas propuestas
- Su impacto directo sobre los usuarios. Estos aprecian las sesiones de seguimiento, percibiéndolas como una preocupación constante y de cuidado que le ofrece el tratamiento
- Reforzar el proceso de tratamiento mediante la planeación de seguimientos coincidentes con intervalos de riesgo pico, sirve para reforzar el proceso de la intervención, así como para identificar las posibles recaídas y prevenirlas, apoyando la conducta de los que recaen
- Obtener información relativa al cambio en el patrón de consumo y los problemas relacionados con éste. Esto favorece la evaluación de la eficacia en la aplicación del tratamiento de forma objetiva



- Compartir nuevos conocimientos entre programas de tratamiento semejantes; de tal forma que estos hallazgos puedan ser útiles en el diseño de nuevas propuestas de intervención

PROPUESTAS PRÁCTICAS PARA REALIZAR

EL SEGUIMIENTO

Existen algunas consideraciones prácticas para decidir instrumentar un sistema de seguimiento, entre las que se encuentran (Miller, 1989):

- Contar con una guía estructurada de entrevista de seguimiento. Lo recomendable es que las sesiones de seguimiento se realicen a través de entrevistas personales, lo cual permite individualizar las preguntas y la intervención. Una alternativa son las entrevistas por teléfono, en especial para aquellos usuarios que no pueden o no quieren asistir al seguimiento.
- Planear los seguimientos dentro de un período de por lo menos 12 meses, estableciendo intervalos de uno, tres, seis y doce meses. El porcentaje de resultados "exitosos", estará fuertemente influenciado por el momento en el que el seguimiento se lleve a cabo. En las entrevistas conducidas poco después de terminar el tratamiento, se obtienen mayores tasas de éxito, que en aquéllas que se realizan un año después (Costello, Biever, y Baillargeon, 1977; citados por Miller, 1989)

Un elemento esencial dentro del seguimiento es elegir quién debe conducir el seguimiento. Se han encontrado ventajas y desventajas en que la entrevista esté a cargo del terapeuta que lleva el caso durante el tratamiento. Los que están a favor de que el propio terapeuta realice el seguimiento, argumentan que esto es conveniente por la familiaridad y simpatía entre él y el usuario, además de que esta modalidad, proporciona al terapeuta una retroalimentación más directa sobre su trabajo. Sin embargo, los terapeutas pueden tener dificultades para conducir evaluaciones objetivas de seguimiento acerca de su propio trabajo. Por otro lado, se

ha dicho que los clientes pueden mostrarse más amigables con un entrevistador independiente, que tenga un interés menos personal cuando escuche un informe positivo. Por lo tanto, se recomienda que los terapeutas encargados del caso, tengan a su cargo, sólo los primeros contactos de seguimiento, dejando que los últimos contactos los realice un terapeuta diferente, por ser estos en donde se requiere una mayor objetividad en la evaluación de los resultados.

Es conveniente que los usuarios conozcan desde el inicio del tratamiento, que acudirán a sesiones de seguimiento; estas deben presentársele como parte del tratamiento.

También es conveniente que el terapeuta establezca contacto por teléfono con el usuario, una semana antes de la fecha de su seguimiento, con el propósito de asegurar la asistencia del mismo y en caso de que éste no pueda asistir, programar una nueva sesión.

MEDIDAS A OBTENER DURANTE EL SEGUIMIENTO

Una situación importante a considerar, es ¿qué medir durante el seguimiento? La pregunta más simple es si el usuario está bebiendo o no. Sin embargo, la evaluación completa de la situación actual respecto a la ingesta de alcohol, involucra varias dimensiones. Las dimensiones que deben guiar la evaluación dentro del seguimiento son (Miller, 1989):

1. Frecuencia y Cantidad de Consumo: Un instrumento útil para la evaluación de este rubro, es la **LIBARE** (véase Instrumentos de Evaluación). La información obtenida con la **LIBARE**, puede ser corroborada con la entrevista a otra persona que conozca sobre la problemática del usuario (esposa, familia, amigos); con la debida autorización del mismo (Miller, Crawford y Taylor, 1979; Miller y Marlatt, 1987, citados por Miller, 1989).

2. Necesidad o Urgencia de Beber: El análisis de este aspecto, proporciona claves para identificar y prevenir las posibles recaídas. Esta infor-

mación se obtiene en la entrevista, preguntando de forma directa sobre la frecuencia de la urgencia de beber, las situaciones en que esto ocurre, o también mediante el auto-registro del usuario.

3. Análisis de Síntomas y Consecuencias Asociadas: Como ya se mencionó, la medida de consumo de alcohol por sí sola no nos proporciona una imagen completa del consumo, por lo que es importante evaluar la presencia de los síntomas y consecuencias asociadas con el mismo. Al igual que la variable anterior, este indicador se puede obtener durante la entrevista, o a través de listas de chequeo donde se pregunta al usuario la presencia de síntomas y consecuencias específicas. También se recomienda, entrevistar a otras personas, que puedan proporcionar información sobre el consumo del usuario.

4. Severidad de la Dependencia: El nivel de dependencia, ha sido descrito como una variable de predicción de los resultados del tratamiento (Miller *et al.*, 1988, citados por Miller, 1989) y merece una evaluación aparte. Un instrumento que puede ser empleado durante el seguimiento para valorar el grado de dependencia es el **BEDA** (Véase Instrumentos de Evaluación).

5. Evaluación Neuropsicológica: La valoración del estado neuropsicológico durante el seguimiento es importante porque es uno de los primeros y más sensibles indicadores del deterioro relacionado con el consumo de alcohol. El deterioro del cerebro puede ser detectado antes de que los efectos crónicos del alcohol sean obvios en otras dimensiones. Una prueba que puede ser utilizada para evaluar este indicador, es la Prueba de Pistas con las Subescalas A y B (véase Instrumentos de Evaluación).

6. Valoración del Estado de Salud: Un examen médico completo, es deseable como parte del seguimiento de aquellos usuarios que al inicio del tratamiento, se les sugirió la realización de este tipo de exámenes.

7. Valoración de Problemas Relacionados (ansiedad, desórdenes afectivos, disfunción se-

xual, problemas familiares o maritales, dificultades económicas e insomnio): La presencia de estos problemas, puede contribuir a una recaída. Una manera de evaluar estos indicadores, es por medio de la aplicación de instrumentos específicos. Sin embargo, otra forma útil, es preguntar a todos los pacientes respecto a la ocurrencia de estos problemas: estado laboral, problemas familiares o maritales, problemas legales, etc. Por último, es importante valorar el consumo de otras sustancias (consumo de tabaco, cafeína, drogas recetadas, drogas ilegales).

ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE EL SEGUIMIENTO

Dentro del *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve* se contemplan cuatro periodos de seguimiento, los cuales se programan al mes, tres, seis y doce meses después de haber concluido el tratamiento.

El principal objetivo del seguimiento, es evaluar el mantenimiento del cambio en el usuario. Además, el seguimiento permite obtener indicadores que demuestren la eficacia del modelo y retroalimenten al terapeuta sobre el trabajo realizado.

Para el logro de estos objetivos, durante el seguimiento se busca obtener información relativa al patrón de consumo del usuario; los planes de acción utilizados por él para enfrentar las situaciones de riesgo por su consumo; la presencia de recaídas, y la respuesta del usuario a estas recaídas; así como información relacionada con los síntomas, problemas y consecuencias asociadas al consumo; indicadores de deterioro neuropsicológico; y en algunos casos una valoración general del estado de salud del usuario. La información se obtiene mediante entrevista, el uso de instrumentos de evaluación y el reporte de colaterales.

Es importante mencionar que el terapeuta asignado al usuario, debe sólo realizar los dos primeros seguimientos. Mientras que, el segui-



miento a seis y doce meses corre a cargo de otro miembro del equipo. La razón para realizar de esta forma el seguimiento, obedece a la necesidad de obtener información objetiva de estos periodos, donde la literatura en esta área señala que es más probable que se de una mayor ocurrencia de caídas o recaídas.

Al igual que en los pasos anteriores, existen algunas recomendaciones para preparar los seguimientos, entre las que se encuentran:

- Preparar con anticipación las entrevistas de seguimiento
- Procurar que las entrevistas se realicen de manera personal, o en su defecto por contacto telefónico
- Revisar el expediente del usuario antes de la sesión de seguimiento
- Cuando sea el momento (seguimientos a seis y doce meses), recordar al usuario la entrevista que se tendrá con su colateral
- Contar con los instrumentos a aplicar durante los seguimientos. Revisar la Guía Rápida correspondiente a cada sesión de seguimiento
- Entrevistar al usuario de una forma imparcial, respondiendo de una manera reflexiva y empática a cualquier información que se obtenga
- Asegurar al cliente que la información proporcionada no tendrá efectos adversos para él. Es decir, los datos recolectados en el seguimiento, no serán divulgados sino servirán para apoyarlo y guiarlo en el mantenimiento de su cambio
- Actualizar el expediente del usuario después de cada seguimiento

Períodos de seguimiento

En el **seguimiento de 1 y 3 meses** el terapeuta tiene una entrevista con el usuario, a fin de revisar su auto-registro, las estrategias utilizadas durante este tiempo para enfrentar sus situaciones de riesgo, analizar las recaídas que se hayan presentado, resolver las dudas del usuario; así como el análisis de los problemas relacionados. Durante estos pe-

riodos la principal manera de obtener la información es mediante la entrevista y el análisis del auto-registro. Solamente durante el seguimiento a 3 meses, el terapeuta emplea la **LIBARE** para registrar el consumo del usuario durante los últimos tres meses (véase Guía Rápida, Instrumentos de Evaluación).

De igual manera, durante el **seguimiento a 6 meses**, se programa una entrevista con el usuario, donde se revisan todos los indicadores ya mencionados previamente, pero en esta sesión, además de la entrevista personalizada, se aplican diferentes instrumentos: *Entrevista de Seguimiento del Usuario* (véase Instrumentos de Evaluación), *Entrevista de Seguimiento al Colateral* (véase Instrumentos de Evaluación) y la **LIBARE** de los últimos seis meses. Como puede observarse, durante este periodo se entrevista por primera ocasión al colateral propuesto por el usuario. El reporte del colateral, tiene el propósito de verificar la información proporcionada por el usuario, como una manera de incrementar la validez del autoreporte.


En caso de que el reporte del colateral y el usuario no coincidan, se puede sospechar que el usuario no está proporcionando la información real. En esta situación se recomienda al terapeuta comentarlo con el usuario, enfatizando su responsabilidad en el cambio y la disposición del terapeuta para apoyarlo y guiarlo (véase Guía Rápida. Instrumentos de Evaluación).

En el **seguimiento de 12 meses** se sigue la misma estructura que en el período anterior, aplicándose los mismos instrumentos. Agregando las siguientes evaluaciones: La Escala **BEDA**, el **CCS** y la **Prueba de Pistas "A y B"**.

También durante este seguimiento, es oportuno sugerir la realización de exámenes médicos, con aquellos usuarios a los que se les solicitó en el inicio del tratamiento. Es recomendable, que en la sesión de seguimiento anterior se pida al usuario realizarse estas pruebas antes del siguiente seguimiento, para comparar sus resultados con de los de su primera aplicación (véase Guías Rápidas. Instrumentos de Evaluación).

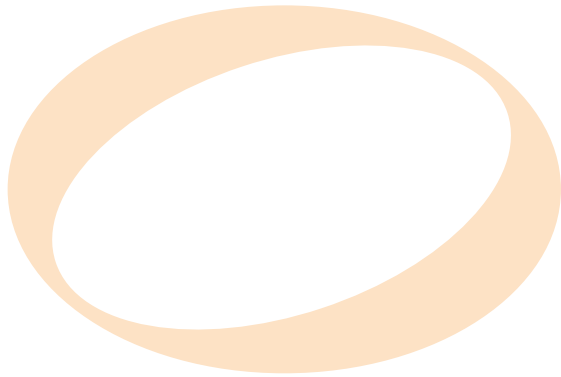
En caso de que, en cualquier periodo de seguimiento, el usuario reporte la ocurrencia de una caída o recaída, se sugiere al terapeuta analizar la situación y determinar junto con el usuario cuál es la mejor estrategia a seguir. En algunos casos, la propia sesión de seguimiento puede ser suficiente para analizar la recaída y encontrar alternativas que le permitan enfrentar una situación similar en el futuro. Esto ocurre cuando el usuario presenta algunos consumos que sobrepasan los límites de su meta, pero no presentan un patrón similar de consumo al que tenían antes de ingresar al modelo. En estos últimos casos, puede ser necesario que el usuario regrese al tratamiento, con

el propósito de analizar de una manera más específica su disposición para continuar con el cambio de su consumo, sus planes de acción y estrategias empleadas. El criterio para determinarlo, es que el usuario regrese a un patrón similar de consumo que tenía antes de ingresar al tratamiento.

Por otra parte, si durante el seguimiento, se observa un mantenimiento en el patrón de consumo del usuario, así como la disminución de los problemas asociados, en el seguimiento a doce meses, se considera concluido el tratamiento y se da de alta al usuario. No obstante, siempre se le deja la invitación abierta, para que regrese a buscar ayuda en caso de que regrese a su anterior consumo. 

REFERENCIAS

1. 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, 419-426.
2. Brown, S.A. (1985) **Reinforcement expectancies and alcoholism treatment outcome after a one-year follow-up.** *Journal of studies on Alcohol*, 46, 304-308
3. Chaney, E.F; Roszell, D.K. y Cummings, C. (1982). **Relapse in opiate addicts: A behavioral analysis.** *Addictive Behaviors*, 7 (3), 291-297.
4. Connors, G.J; O'Farrel, T.J.; Cutter, H.G.S.; and Thompson, D. L. **Doses related effects of alcohol among male alcoholics, problems drinkers and non-problem drinkers.** *Journal of Studies on Alcohol*, 48: 461-466, 1987.
5. Edwards, G. y Gross, M. (1976). **Alcohol Dependence: Provisional description of a clinical syndrome.** *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
6. Marlatt, G. A., y Gordon, J. (1985). **Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.** New York: Guilford Press.
7. McLellan, A. T., Woody, G.E., Luborsky, L., O'Brien, C.P.y Druley, K. A. (1983). **Increased effectiveness of substance abuse treatment: A prospective study of patient-treatment matching.** *Journal of nervous and mental disease*, 171, 597-605.
8. Miller, W.R. (1989). **Follow-up Assessment.** En *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. Ed. Hester, R. K., Miller, W.
9. Pattison, E. M.; Sobell, M. B.; and Sobell, L.C. (1977). **Emergin concepts of Alcohol Dependence.** New York: Springer.
10. Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). **Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change.** *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19 (3), 276-288.
11. Rounsaville, B. J y Kleber, H. D. (1985). **sychotherapy/counseling for opiate addicts: Strategies for use in different treatment settings.** *International Journal of the Addictions*, 20 (6-7), 869-896.



Instrumentos de evaluación del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema¹

¹Desarrollo y evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales de México. Proyecto Financiado por CONACYT. Registro Num. G 36266-H.

Índice

1. BREVE ESCALA DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA)	91	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción del instrumento • Forma de administración • Forma de calificación • Interpretación • Tabla 1 • Tabla 2 • Apéndice “A” • Formato del Instrumento • Bibliografía 	
<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Descripción del instrumento • Forma de administración • Forma de interpretación • Formato del Instrumento • Bibliografía 			
2. SUBESCALAS DE PISTAS	94	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción del instrumento • Instrucciones • Formato del Instrumento Parte A • Formato del Instrumento Parte B 	
3. FORMATO DE CONSENTIMIENTO	99	8. CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL (CCS)	121
4. CUESTIONARIO DE PRE-SELECCIÓN	100	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Descripción del instrumento • Forma de administración • Forma de calificación • Interpretación • Tabla 1 • Tabla 2 • Apéndice “a” • Formato del cuestionario de confianza situación • Bibliografía 	
5. ENTREVISTA INICIAL	101	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Descripción del instrumento • Forma de administración • Forma de calificación • Apéndice “A” • Formato del Instrumento • Bibliografía 	
6. LINEA BASE RETROSPECTIVA (LIBARE)	106	9. AUTO-REGISTRO	125
<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Descripción del instrumento • Forma de administración • Forma de calificación • Apéndice “A” • Formato del Instrumento • Bibliografía 		10. ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARA EL USUARIO	132
7. INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL (ISCA)	110	11. ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARA EL COLATERAL	137
<ul style="list-style-type: none"> • Introducción 		12. GUIAS RÁPIDAS	140
		13. FORMATOS PARA REPORTES DE SESIÓN	150

Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA)

INTRODUCCIÓN

La **ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA)** fue diseñada para medir la dependencia en la población adulta que abusa del alcohol. Algunos estudios psicométricos sugieren que esta escala tiene estabilidad y validez como medida de dependencia, tiene confiabilidad test-retest pero no ha sido reportada ninguna medida de consistencia interna. Su mayor fortaleza se encuentra en que refleja todas las dimensiones del Síndrome de Dependencia al Alcohol. Es probable que esta escala sea sensible para detectar cambios en dependencia, pero se requieren más estudios.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA ESCALA

Esta escala se diseñó como un instrumento de auto-reporte, pero también puede ser administrada como parte de una entrevista estructurada. Requiere de cinco minutos aproximadamente para ser aplicada.

Las instrucciones que se dan son:

- Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea con cuidado cada pregunta, pero no piense mucho en su significado exacto.
- Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "X" la opción más apropiada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

- Cada uno de los 15 reactivos se contesta en una escala de cuatro puntos.

MARQUE:

"NUNCA", si nunca ha estado en esa situación.

"ALGUNAS VECES", si algunas veces ha estado en esa situación.

"FRECUENTEMENTE", si ha estado en esa situación con frecuencia.

"CASI SIEMPRE", si ha estado casi siempre en esa situación.

FORMA DE CALIFICACIÓN DE LA ESCALA

Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera:

- una respuesta de nunca = "0"
- una respuesta de algunas veces = "1"
- una respuesta de frecuentemente = "2"
- una respuesta de casi siempre = "3"

Se obtiene un sólo puntaje que puede ir de 0 a 45 puntos.

FORMA DE INTERPRETACIÓN

El puntaje obtenido en **BEDA** puede ser interpretado de la siguiente manera:

- 1 - 10 = DEPENDENCIA BAJA
- 11 - 20 = DEPENDENCIA MEDIA
- 21 o + = DEPENDENCIA SEVERA



REFERENCIAS

1. Davidson, R., Bunting, B., & Raistrick, D. (1989). **The homogeneity of the alcohol dependence syndrome: A factor analysis of the SADD questionnaire.** *British Journal of Addiction, 84*, 907-915.
2. Davidson, R. & Raistrick, D. (1986). **The validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: A short self-report questionnaire for assessment of alcohol dependence.** *British Journal of Addictions, 81*, 217-222.
3. Edwards, G., & Gross, M.M., (1986). **Alcohol Dependence: Provisional Description of a clinical syndrome.** *British Medical Journal, 1*, 1058-1061.
4. Gorman, D.M., Duffy, S.W., Raine, S., & Taylor, C.L. (1989). **Level of agreement between questionnaire measures of alcohol dependence, alcoholism and problem drinking in a sample presenting at a specialist alcohol treatment service.** *Drug and Alcohol Dependence, 24*, 227-232.



BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL (BEDA)

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____ NOMBRE: _____

INTRUCCIONES: Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto. Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "x" la opción más adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEMENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. ¿Tiene dificultades para dejar de pensar en beber?	0	1	2	3
2. ¿Es más importante beber en exceso que su próxima comida?	0	1	2	3
3. ¿Organiza su vida de acuerdo a cuándo y dónde puede beber?	0	1	2	3
4. ¿Bebe por la mañana, tarde y noche?	0	1	2	3
5. ¿Bebe por el efecto del alcohol sin importar le qué bebida es la que toma?	0	1	2	3
6. ¿Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?	0	1	2	3
7. ¿Bebe en exceso aún sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?	0	1	2	3
8. ¿Sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?	0	1	2	3
9. ¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?	0	1	2	3
10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?	0	1	2	3
11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, se despierta con temblor en la manos?	0	1	2	3
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?	0	1	2	3
13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, evita a la gente?	0	1	2	3
14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aún cuando después se da cuenta que eran imaginarias?	0	1	2	3
15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?	0	1	2	3
Autor: Raistrick, D. DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.			Puntaje: _____	

Subescalas de Pistas

DESCRIPCIÓN

Con la aplicación de la Subescala de Pistas en su parte A y B retomada de la batería Halsted-Reitan, es posible revisar el daño cognitivo resultado del consumo excesivo de alcohol. La prueba de Pistas, muestra similitudes con la subescala de símbolos y dígitos de la Escala de Inteligencia para Adultos Weschler (WAIS), principalmente en términos de la evaluación, de la capacidad de planeación, seriación y anticipación del usuario.

La aplicación de esta prueba es de cinco minutos, cuenta con dos partes, en la primer parte (A) se muestra una serie de números en orden ascendente del uno al 15; en la segunda parte (B), se presenta una serie de número combinada con las letras del abecedario. Para cada una de las partes de la prueba es importante considerar un límite de aplicación, es decir, para la parte A se otorga un minuto para responder; sin embargo si el usuario se tarda más de lo indicado NO se le detiene al cumplirse el tiempo, simplemente se toma el tiempo en el cual realizó la tarea. La parte B tiene un tiempo de aplicación de dos minutos, en caso de que el usuario no termine la ejecución de la

prueba en el tiempo estipulado, la persona que administra la prueba otorgará el tiempo necesario para que el usuario termine con la tarea.

INSTRUCCIONES

1ª Parte (A)

“Le voy a presentar una hoja donde aparecen una serie de números, los cuales usted debe unir a través de una línea, sin despegar el lápiz de la hoja y sin cruzar líneas de forma creciente, partiendo del número uno hasta terminar con el número 15, vamos a hacer un ejemplo para ver si comprendió su tarea”.

2ª Parte (B)

“Le voy a presentar una hoja donde aparecen una serie de números combinados con letras del abecedario, los cuales usted debe unir a través de una línea sin despegar el lápiz de la hoja y sin cruzar líneas, iniciando con un número y seguido con la letra correspondiente al abecedario en orden ascendente, inicia con el número uno y termina su tarea con el número 13, no olvide intercalar las letras, vamos a hacer un ejemplo para ver si comprendió su tarea”.

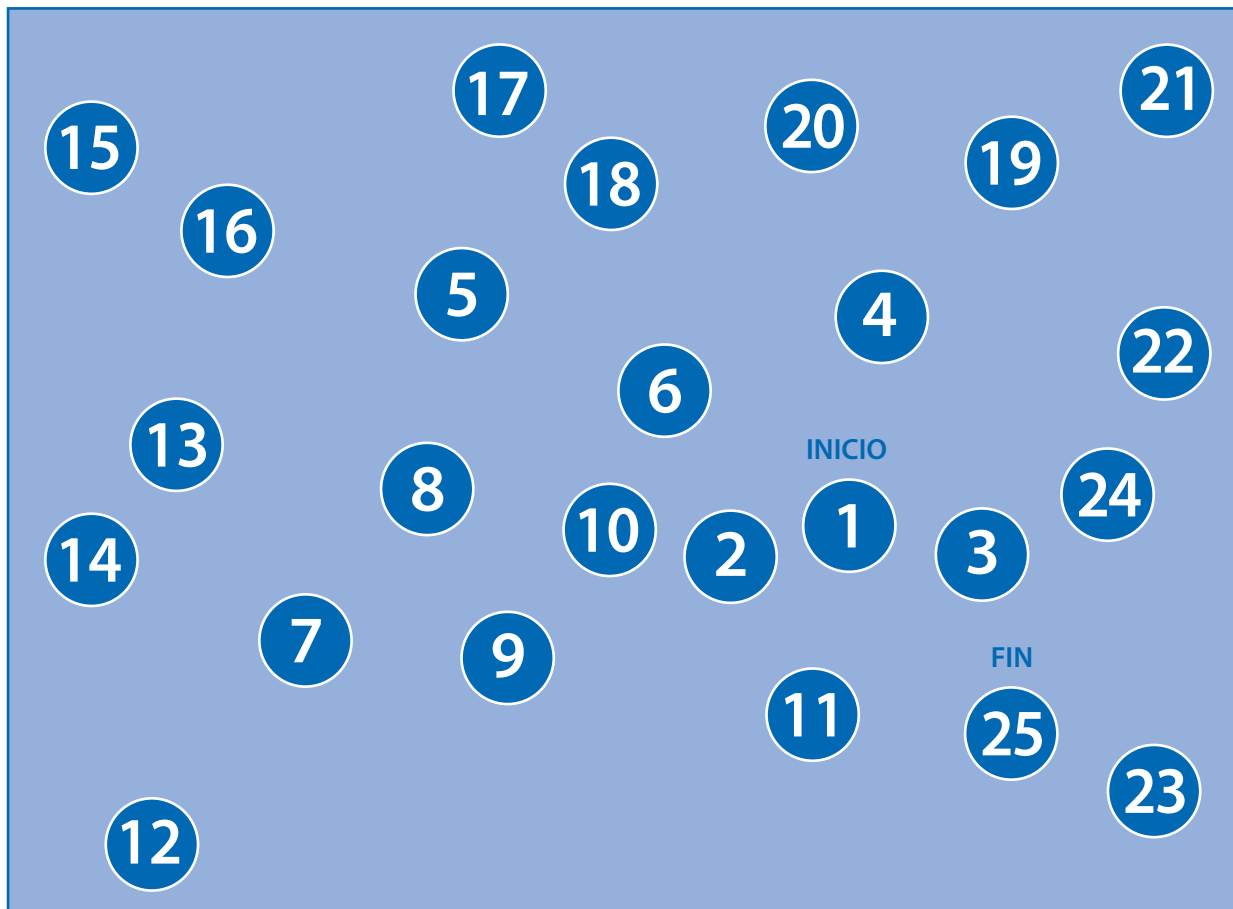


**PRUEBA
1ª PARTE (A)**

EJEMPLO



Batería Halsted-Reitan (subescala Pistas).

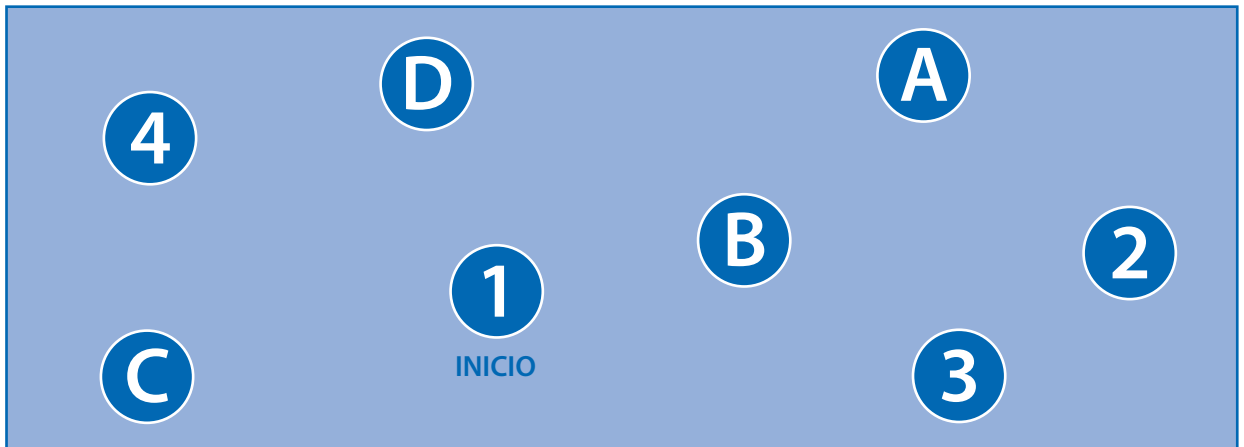


Batería Halsted-Reitan (subescala Pistas).

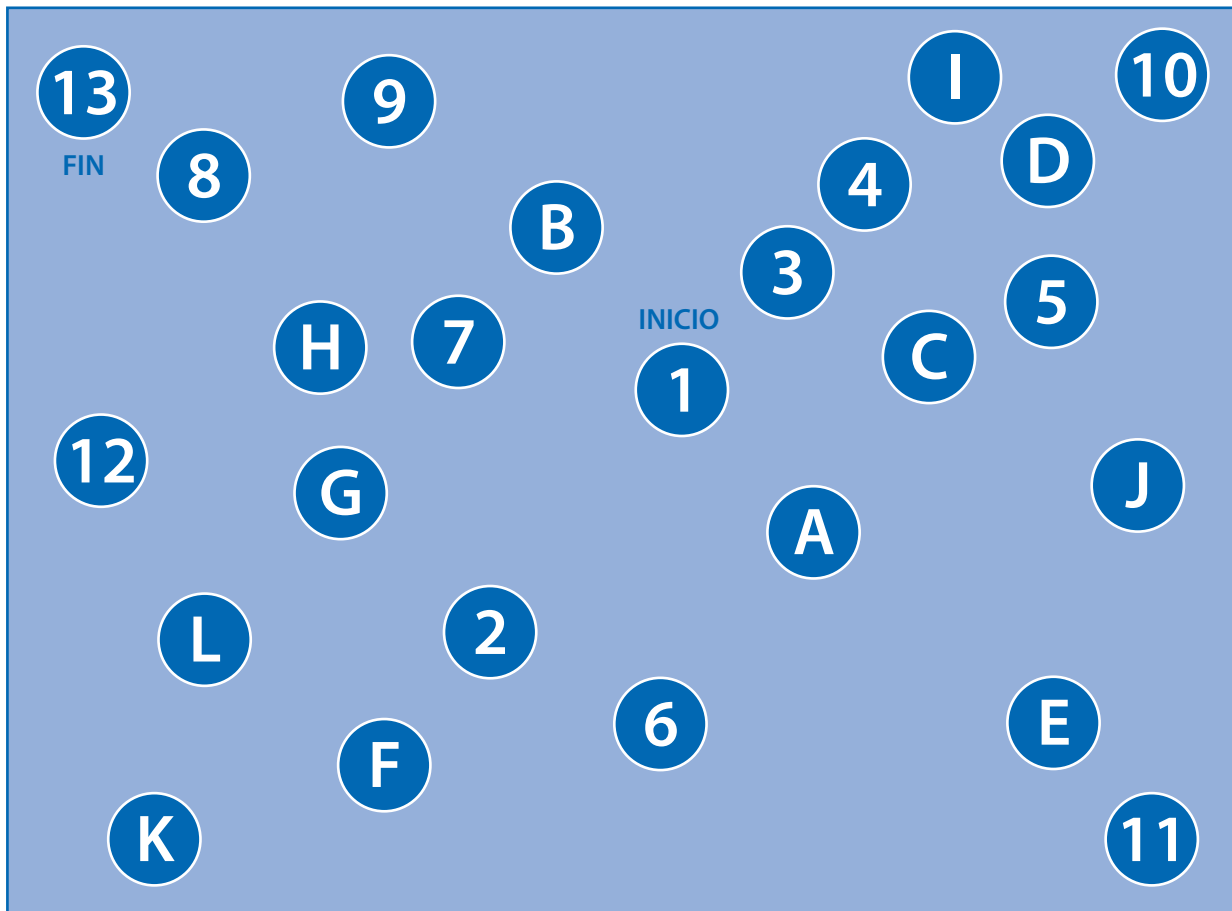


PRUEBA
2ª PARTE (B)

EJEMPLO



Batería Halsted-Reitan (subescala Pistas).



Batería Halsted-Reitan (subescala Pistas).



FORMA DE CONSENTIMIENTO

Yo _____, otorgo mi consentimiento para participar como paciente en el Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema, el cual consta de seis sesiones.

Estoy de acuerdo en que como parte del tratamiento, contestaré algunos cuestionarios, leeré algunos materiales, realizaré ejercicios relacionados con las lecturas asignadas y llevaré registros diarios de mi consumo de alcohol. En el entendido de que la información y datos que proporcione durante el proceso de tratamiento y el seguimiento, serán resguardados y considerados como confidenciales.

Estoy de acuerdo en participar en el seguimiento de mi tratamiento, una vez que este haya concluido, durante el siguiente año. Me comprometo a asistir a las cuatro entrevistas que con este fin serán programadas en el primero, tercero, sexto y doceavo mes. Tengo entendido que estas entrevistas tienen como propósito evaluar la efectividad del tratamiento, y se me solicitará información relativa a mi consumo de alcohol y algunas de mis conductas relacionadas con el mismo.

Estoy de acuerdo en proporcionar el nombre, dirección y número telefónico de dos personas cercanas a mí, para que sean entrevistadas y proporcionen información reciente sobre mi consumo de alcohol, así como de otras conductas relacionadas al mismo. A estas personas se les informará de los motivos de la entrevista y de mi autorización para que proporcionen la información requerida. Tengo entendido que sólo se requiere obtener información de una de ellas, no obstante proporcionaré los datos de ambas por si alguna no pueda ser localizada o se rehúse a participar. Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

FIRMA DEL USUARIO

DIRECCIÓN: _____
 (calle) (número) (colonia) (ciudad) (código postal)

TELÉFONOS: _____
 (casa) (oficina) (correo electrónico)

REGISTRO DE COLATERAL

Nombre	Nombre
Dirección	Dirección
Teléfonos Casa Trabajo	Teléfonos Casa Trabajo
Relación o Parentesco	Relación o Parentesco

COMENTARIOS: _____

DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.



CUESTIONARIO DE PRE-SELECCIÓN

Fecha de entrevista: _____ Nombre: _____

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" la respuesta del usuario, ya sea "SI" o "NO". Si el evaluador marca alguna respuesta que se encuentra subrayada, la persona no reúne los requisitos para formar parte del programa. Si esto ocurre, se le debe ofrecer, alternativas de tratamiento.

- | | | |
|---|----|-----------|
| 1. Por lo menos 18 años de edad | SI | <u>NO</u> |
| 2. Sabe leer y escribir | SI | <u>NO</u> |
| 3. Domicilio permanente | SI | <u>NO</u> |
| 4. En la actualidad trabaja | SI | <u>NO</u> |
| 5. En la actualidad vive con su familia | SI | <u>NO</u> |

6. HISTORIA DE CONSUMO

Después de algunas horas o días de haber dejado de beber en exceso, ha experimentado los siguientes síntomas:

- | | | |
|--|-----------|----|
| a. Alucinaciones
(vió, oyó o sintió cosas que no existen) | <u>SI</u> | NO |
| b. Convulsiones | <u>SI</u> | NO |
| c. Delirio Tremens
(temblores severos, desorientación
o alucinaciones) | <u>SI</u> | NO |
| d. Bebe más de 30 tragos estándar a la semana | <u>SI</u> | NO |
| 7. ¿Acude a tratamiento porque otros lo presionan? | <u>SI</u> | NO |
| 8. Droga primaria de abuso, heroína | <u>SI</u> | NO |
| 9. Droga primaria de abuso, inyectada | <u>SI</u> | NO |
| 10. ¿Existe alguna contraindicación para el consumo
de alcohol? | <u>SI</u> | NO |
| 11. Acude a algún tipo de tratamiento para resolver
su problema con el abuso de alcohol y / o drogas
(AA u otro grupo de auto ayuda) | <u>SI</u> | NO |
| 12. ¿Está dispuesto a estar en un tratamiento que consiste
en una evaluación, cuatro sesiones de tratamiento y
varias sesiones de seguimiento? | SI | NO |



ENTREVISTA INICIAL

Nombre: _____ Fecha: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Edad: (en años cumplidos) _____
2. Sexo: (1) Masculino (2) Femenino _____
3. Escolaridad: (No. de años terminados) _____
4. Estado civil: (marque sólo una opción):
 (1) ___ Casado(a) (2) ___ Soltero(a) (3) ___ Separado(a)
 (4) ___ Divorciado(a) (5) ___ Unión libre (6) ___ Viudo(a)
5. ¿Con quién vive actualmente? (Marque las opciones necesarias):
 (1) ___ Esposo(a) (2) ___ Niños (3) ___ Padres (4) ___ Hermanos
 (5) ___ Amigos (6) ___ Parientes (7) ___ Solo (8) ___ Otros
6. Lugar de residencia en la actualidad:
 (1) ___ Casa propia (3) ___ Cuarto (5) ___ Pensión
 (2) ___ Departamento o casa rentada (4) ___ Sin dirección permanente (6) ___ Otra _____
7. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha cambiado de casa? _____

SALUD FÍSICA

8. ¿Por qué está buscando tratamiento?

9. ¿Principal problema por el que está buscando ayuda? (Marque sólo uno)
- (1) ___ Alcohol (5) ___ Heroína: _____
- (2) ___ Tabaco (6) ___ Pastillas. Nombre: _____
- (3) ___ Marihuana/Cannabis (7) ___ Otras (drogas) _____
- (4) ___ Cocaína (8) ___ Tengo varios problemas con las drogas que considero
de igual importancia: _____
10. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de alcohol o droga?
- (1) ___ No, nunca (2) ___ Si
- | Tipo de tratamiento/ ayuda | Alcohol/Drogas | Tipo de tratamiento/ ayuda | Alcohol/Drogas |
|---|----------------|----------------------------------|----------------|
| (3) ___ Centro de desintoxicación | | (6) ___ Tratamiento médico | |
| (4) ___ Tratamiento de consulta externa | | (7) ___ Tratamiento psiquiátrico | |
| (5) ___ Tratamiento de consulta interna | | (8) ___ Grupos de Auto-ayuda | |
11. ¿Está siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?
- (1) ___ No (2) ___ Si ¿Cuál?: _____
12. ¿Está tomando algún medicamento por prescripción médica o se está auto-medicando?
- (1) ___ No (2) ___ Si ¿Cuál?, ¿Cada cuándo?, ¿Por qué?: _____
13. ¿Cuánto pesa? _____ kg.



14. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?

- (1) ___ No, ninguna (4) ___ Ir al cine o teatro (7) ___ Ir a fiestas
(2) ___ Leer (5) ___ Ir a los museos (8) ___ Otro
(3) ___ Hacer deporte (6) ___ Ir a discotecas o bares

15. ¿Estas actividades están relacionadas al abuso de alcohol o al uso de drogas?

- (1) ___ No (2) ___ Si

16. ¿Cuándo está con amigos o familiares estos lo presionan a beber en exceso o a usar drogas?

- (1) ___ No (3) ___ Si, pero sólo mi familia
(2) ___ Si, pero sólo mis amigos (4) ___ Si, tanto mis amigos como mi familia

17. Entre sus amigos o familiares, ¿quiénes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol o de drogas?

18. ¿Qué tan satisfecho está con "su forma (estilo) de vida" en este momento?

- (1) ___ Muy satisfecho (2) ___ Satisfecho (3) ___ Inseguro
(4) ___ Insatisfecho (5) ___ Muy insatisfecho

SITUACIÓN LABORAL

19. Situación laboral (marque sólo una opción):

- (1) ___ Tiempo completo (4) ___ Trabajo ocasional (7) ___ Estudiante
(2) ___ Medio tiempo (5) ___ Sin empleo (8) ___ Jubilado
(3) ___ Trabaja por su cuenta (6) ___ Incapacitado (9) ___ Labores del hogar

20. Ocupación actual u ocupación que ha desempeñado con más frecuencia:

21. Número de años trabajando en ocupación actual: _____

22. En los últimos 12 meses, ¿cuántas semanas estuvo desempleado? _____

23. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó, como resultado de consumir bebidas alcohólicas (0 a 360)?:

24. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días no trabajó, como resultado de consumir drogas (0 a 360)?:

25. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo, como resultado de consumir bebidas alcohólicas (0 a 360)?:

26. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces perdió el empleo, como resultado de consumir drogas (0 a 360)?:

27. Ingreso personal aproximado durante el año pasado: _____

28. En promedio, ¿qué porcentaje de su salario lo utiliza en alcohol? _____

29. En promedio, ¿cuánto dinero gasta al mes en comprar drogas? _____

HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL

30. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol? _____

31. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue arrestado (detenido) por el abuso en el consumo de alcohol?



32. ¿Por cuántos años ha consumido alcohol? _____
33. ¿Por cuántos años ha sido un bebedor excesivo? _____
34. ¿Por cuántos años ha tenido problemas con su forma de beber? _____
35. En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de alcohol durante el año pasado (marque sólo una opción):
- _____ 1) Sin problema
 - _____ 2) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).
 - _____ 3) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).
 - _____ 4) Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria).
 - _____ 5) Un gran problema (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias).

36. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema, ¿Cuántas veces ha intentado seriamente dejar ó reducir su consumo? _____

37. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL se ha convertido en un problema ¿Cuál es el mayor número de veces consecutivos en que se ha propuesto no consumir, y no ha consumido nada de alcohol? (mayo período de abstinencia. Si nunca se ha abstenido marque "0"). _____ ¿Cuándo ocurrió? _____

(mes y año)

¿Porqué se abstuvo en esa ocasión?

38. En caso de consumo de alcohol ¿en qué porcentaje (0 a 100%) consume las siguientes bebidas?

- _____ 0-100% Cerveza
- _____ 0-100% Vino
- _____ 0-100% Pulque
- _____ 0-100% Destilados (ron, ginebra, aguardiente, vodka, whisky, tequila, mezcal, etc.)
- _____ 0-100% Coolers

HISTORIA DE CONSUMO DE DROGAS

39. En los últimos 12 meses, ¿cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de drogas? _____

40. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces fue arrestado (detenido) por el consumo de drogas? _____

41. ¿Por cuántos años ha consumido drogas? _____

42. ¿Por cuántos años ha tenido problemas con su consumo de drogas? _____

43. En la siguiente escala, marque la opción que mejor describa su consumo de drogas durante el año pasado (marque sólo una opción):

- _____ 1) Sin problema
- _____ 2) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa).
- _____ 3) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria).
- _____ 4) Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias, una de las cuales puede considerarse seria).
- _____ 5) Un gran problema (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias).

44. Desde que el CONSUMO DE DROGAS se ha convertido en un problema, ¿cuántas veces ha intentado seriamente dejar de consumir? _____



45. Desde que el CONSUMO DE DROGAS se ha convertido en un problema, ¿cuál es el mayor número de meses consecutivos en que se ha propuesto no consumir, y no ha consumido nada de drogas? (mayor período de abstinencia. Si nunca se ha abstenido marque "0"). _____ ¿Cuándo ocurrió? _____
(mes y año)

¿Por qué se abstuvo en esa ocasión?

CONSUMO DE TABACO

46. ¿Fuma? (para ex fumadores estas preguntas deben contestarse en pasado).

- (1)___ Nunca he fumado
- (2)___ Actualmente fumo
- (3)___ Ex fumador (menos de un año)
- (4)___ Ex fumador (más de un año), número de años: _____

47. ¿ Por cuánto tiempo ha sido un fumador regular? _____

48. Promedio de cigarros fumados diariamente _____

49. Número de minutos que pasan (1 hr. = 60 minutos) desde que se despierta en las mañanas hasta que enciendes su primer cigarrillo: _____ (para ex fumadores este dato debe ser antes de dejar de fumar)

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

Tipo de Droga	Consumo * 1= No 2= Si	Forma de Consumo Oral, Inyectada, Fumada, Inhalada, Otras	Último año de consumo	Frecuencia de consumo** (durante los últimos 90 días)	Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días
Alcohol					
Mariguana					
Cocaína					
Metanfetaminas					
Depresivos					
Narcóticos (heroína, metadona, opio, morfina, demerol)					
Inhalantes (cemento, solvente, aerosoles)					
Alucinógenos LSD, Polvo de ángel, mescalina, psilo- cibina)					
Drogas Antialcohol (ANTABUSE, TEMPOSIL)					

*Si el cuadro "Consumo" se contesta "NO", el resto del cuadro debe permanecer en blanco.	**CÓDIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO		
	0= No consume 1= menos de un mes	2=1 vez al mes 3=1 a 2 veces a la semana	4=3 a 6 veces a la semana 5= Diariamente



CONSECUENCIAS ADVERSAS AL USO DE SUSTANCIAS

	1) ALCOHOL	(2) ESTIMULANTES	(3) TRANQUILIZANTES	(4) NARCÓTICOS	(5) SEDANTES	(6) SOLVENTES	(7) CANNABIS	(8) OTROS
Droga consumida durante los últimos seis meses 1=Si 2=No								
NOTA: LLENAR LOS SIGUIENTES CUADROS REFIRIÉNDOSE A LA DROGA CONSUMIDA								
PROBLEMAS EXPERIMENTADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES								
Daño Físico (Incluyendo daño neurológico por sobredosis) 0 = Ninguno 1 = Aviso preventivo del médico 2 = Tratamiento médico por problemas físicos (enfermedad o accidentes), relacionado con el consumo de drogas								
Daño Cognitivo (agudo o crónico, incluyendo lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento) 0 = Ninguno 1 = 5 o menos ocasiones 2 = Más de cinco ocasiones								
Daño afectivo (agudo o crónico, incluyendo borracheras, cambios de humor, presiones relacionadas con el consumo y cambios de personalidad) 0 = Ninguno 1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2 = Mayor (con consecuencias en el comportamiento diario)								
Problemas Interpersonales 0 = Ninguno 1 = Menor (solamente discusiones) 2 = Mayor (pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)								
Agresión 0 = Ninguno 1 = Abuso verbal cuando está drogado 2 = Violencia física cuando está drogado								
Problemas Legales 0 = Ninguno 1 = Solamente acusación (tramite pendiente o sin cargos) 2 = Convicto								
Problemas Financieros 0 = Ninguno 1 = Menor (gastos en exceso) 2 = Mayor (consumo de sustancias relacionadas con menores ingresos para mantener su consumo)								

Nombre del entrevistador: _____

Profesión: _____ **Firma:** _____

DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.

Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE)¹

INTRODUCCIÓN

LA LINEA BASE RETROACTIVA DE CONSUMO DE ALCOHOL (LIBARE), se desarrolló para ayudar a los bebedores problema que inician un tratamiento a recordar su patrón de consumo de bebidas alcohólicas. Mediante este método es posible obtener registros precisos del consumo de alcohol, antes y después del tratamiento. Diversos estudios psicométricos han mostrado que la *Línea Base Retrospectiva de Consumo* es un instrumento de medición adecuado. No obstante, que **LIBARE** es superior a otros procedimientos de medición de consumo de alcohol, el reporte en forma retrospectiva es vulnerable a errores de memoria de los pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

LA LINEA BASE RETROSPECTIVA DE CONSUMO DE ALCOHOL es un instrumento que sirve para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento, requiere que las personas estimen retrospectivamente el consumo diario de alcohol durante un período específico. Se les proporciona un calendario que abarca el período que debe ser reconstruido, y se les pide que reporten el número de copas estándar consumido cada día. Este método ha sido probado en períodos de hasta 12 meses.

Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tienen una severa dependencia.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA LÍNEA BASE RETROSPECTIVA

La **LIBARE** puede ser administrada por un entrevistador o en forma de auto-reporte. Es recomendable que antes de ser administrado, se aplique una prueba de contenido de alcohol en aliento (**ALCOSENSOR**), con el fin de asegurarse que el paciente no haya ingerido alcohol. Si la prueba resulta negativa se le entrega el calendario, y se le pide que recuerde su consumo diario en un período específico (ver Apéndice A).

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LIBARE. Se requieren de 25 a 30 minutos para hacer el estimado de un período de 12 meses.

A continuación se enumeran los apoyos del entrevistador para ayudar a las personas a recordar su consumo diario.

- Calendario: Es el principal apoyo para recordar el consumo
- Días clave: Fiestas, cumpleaños, eventos sociales, vacaciones, etc., que facilitan el recuerdo
- Tabla con la Conversión de Copa Estándar: Para reportar un promedio de consumo, una medida estándar
- Días de abstinencia y de consumo: Identificación

¹ DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, CANADA.

- de períodos regulares de abstinencia, de consumo fuerte o moderado
- Situaciones de riesgo: Situaciones como arrestos, hospitalizaciones, enfermedades, tratamientos, que se relacionan con consumir o con la abstinencia
- Límites de consumo: Identificar los límites superior e inferior de la cantidad consumida (al inicio de la entrevista se deberá preguntar sobre la mayor cantidad consumida durante el período y la menor cantidad consumida)
- Técnica de la exageración: Cuando el paciente tiene dificultad para establecer el límite superior e inferior de consumo. Esta técnica la usa el entrevistador para exagerar estos límites y ayudarlo a que estime sus límites

FORMA DE CALIFICACIÓN DE LA LINEA BASE RETROSPECTIVA

Los datos obtenidos en cada una de los días pueden ser promediados o sumados para determinar variables tales como:

- Número total de días de consumo durante el último año
- Número total anual de tragos estándar consumidos
- Promedio de tragos en un día de consumo
- Número máximo de tragos que tomó en un día en los últimos 90 días
- Porcentaje de días de abstinencia
- De bajo consumo
- De consumo moderado
- De consumo excesivo

VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA LÍNEA BASE RETROSPECTIVA

La **LIBARE** puede ser utilizada para proporcionar al terapeuta medidas directas y precisas de los niveles de consumo individual; también puede ser utilizada para medir cambios en los niveles de consumo durante y después de un tratamiento, ya que la medida de "CANTIDAD/FRECUENCIA" ha mostrado ser insensible

a diferencias individuales en la conducta de consumo o a cambios en niveles de consumo.

La **LIBARE** se recomienda como un método para evaluar cambios mayores y específicos en la conducta de beber antes y después de un tratamiento. **LIBARE** ha mostrado una mayor precisión para evaluar el consumo, sin embargo, pueden cometerse errores en la especificación de la cantidad exacta, o en las fechas de consumo al aplicar este instrumento.

APÉNDICE A INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA LÍNEA BASE RETROSPECTIVA

Mediante este calendario, vamos a reconstruir su consumo de bebidas alcohólicas durante el período de: _____ a _____.

No es una tarea difícil, en especial si se utiliza el calendario. Se ha encontrado que este instrumento es útil para que las personas recuerden la cantidad, y frecuencia con que beben. Le daremos algunos "tips" o ayudas para facilitar su llenado:

1. Es importante que en cada día del calendario se anote el número de copas estándar que consumió. El reporte que se proporcione siempre debe ser en COPAS ESTÁNDAR.
2. Los días que NO consumió bebidas alcohólicas márkuelos con un "0".
3. En los días que SÍ consumió bebidas alcohólicas escriba el número de copas estándar que bebió, no importa que tipo de bebida. Por ejemplo, si bebió durante la comida una copa de tequila, después un vaso de vino, y en la noche tomó una cerveza, 3 copas estándar es lo que debe reportar en el calendario.
4. Si al llenar el calendario, no recuerda si bebió un lunes o un miércoles, o si fue en la primera o en la segunda semana del mes, trate de ser lo más preciso posible, pero anote su mejor estimación.

AYUDAS

- Si tiene una agenda anual utilícela para ayudarse a recordar.



- En el calendario están señalados los días festivos, como por ejemplo, el 1° de enero, el 16 de septiembre, navidad, etc. Además se puede ayudar recordando fechas especiales como cumpleaños, vacaciones, aniversarios, etcétera
- Algunas personas tienen un patrón de consumo muy regular. Por ejemplo, beben sólo los fines de semana, los viernes con sus amigos mientras juegan dominó o cartas, o sólo durante viajes de negocios. En estos casos inicie el llenado de su calendario anotando su consumo durante estas fechas

PROCEDIMIENTO PARA CALIFICAR E INTERPRETAR LA LIBARE

1. Para obtener los días de consumo: cuente las casillas con valores mayores a cero
2. Para obtener los días de abstinencia: cuente las casillas con valores igual a cero
3. Para obtener el número total de tragos estándar consumidos en un año: sume todos los valores de las casillas.
4. Para obtener el promedio de consumo por:
 - a. Mes: divida el total de tragos al año (valor del punto 3) entre 12.
 - b. Día: divida el total de tragos al año (valor del punto 3) entre los días de consumo (valor del punto 1).
5. Para obtener el porcentaje de días de:
 - a. Abstinencia: divida el total de días de abstinencia (valor del punto 2) entre 365×100 .
 - b. Consumo moderado: divida el total de casillas con valores entre 1 y 4 entre 365×100 .
 - c. Consumo excesivo: divida el total de casillas con valores entre 5 y 9 entre 365×100 .
 - d. Consumo muy excesivo: divida el total de casillas con valores de 10 o mayores entre 365×100 .

REFERENCIAS

1. Connors, G.J., Watson, D.W., & Maisto, S.A. (1985). **Influence of subject and interviewer characteristics on the reliability of young adults' self-report of drinking.** *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 7, 365-374.
2. Cooper, A.M., Sobell, M.B., Maisto, S.A. & Sobell, L.C. (1980). **Criterion intervals for pretreatment drinking measures in treatment evaluation.** *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 1186-1195.
3. Maisto, S.A., Sobell, M.B., Cooper, A.M., & Sobell, L.C. (1979). **Test-retest reliability of retrospective self-reports in three populations of alcohol abusers.** *Journal of Behavioral Assessment*, 1, 315-326.
4. Maisto, S.A., Sobell, M.B., Sobell, L.C. & Sanders, B. (1985). **Effects of outpatient treatment for problem drinkers.** *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11, 131-149.
5. Marbert, U.A., Stalber, G.A., Thiel, G. & Bianchi, L. (1988). **The influence of HLA antigens on progression of alcoholic liver disease.** *Hipato-gastroenterology*, 35, 65-68.
6. Sellers, E.M., Somer, G.R., Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1990). **Discontinuation symptoms among persistent alprazolam users.** *Abstracted in Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 47, 168.
7. Selzer, M.L., Vinokur, A. & van Rooijen, I. (1975). **A self-administered Short Michigan Alcoholism Screen Test (SMAST).** *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 117-126.
8. Sobell, M.B., Maisto, S.A., Sobell, L.C., Cooper, T.C., Cooper, A.M. & Sanders, B. (1980). **Developing a prototype for evaluating alcohol treatment effectiveness.** In L.C. Sobell, M.B. Sobell, L.C. & E. Ward (Eds), *Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness: Recent* (pp. 129-150). New York: Pergamon Press.
9. Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1992) **Timeline Follow-back: A technique for assessing self-reported ethanol consumption.** In J. Allen & R.Z. Litten (Eds), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biological methods* (pp). New Jersey: Human Press.
10. Sobell, M.B., Sobell, L.C., Klajner, F., Pavan, D. & Basian, E. (1986). **The reliability of a timeline method of assessing normal drinker college students? recent drinking history: Utility for alcohol research.** *Addictive Behaviors*, 11, 149-161.
11. Sobell, L.C., Sobell, M.B., Maisto, S.A., & Cooper, A.M. (1985). **Timeline follow-back assessment method.** In D.J. Lettieri, J.E. Nelson & M.A. Sayer. (Eds). *NIAAA treatment handbook series: Vol.2. Alcoholism treatment assessment research instruments.* (DHHS Publication No. ADM 85-1380, pp. 530-534). U.S. Government Printing Office.
12. Vuchinich, R.E., Tucker, J.A., Harlee, L., Hoffman, S. & Scewartz, J. (1985). **Reliability of reports of temporal patterning.** Paper presented at a poster session at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy.



LÍNEA BASE RETROSPECTIVA

Nombre: _____ Fecha: _____ 2005

ENERO

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

FEBRERO

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

MARZO

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

ABRIL

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

MAYO

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

JUNIO

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

JULIO

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

AGOSTO

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

SEPTIEMBRE

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

OCTUBRE

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

NOVIEMBRE

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

DICIEMBRE

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

Inventario Situacional de Consumo de alcohol (ISCA)

INTRODUCCIÓN

Se sabe que el alcoholismo es una condición crónica con un alto riesgo de recaídas. Entre personas alcohólicas, dadas de alta en programas de tratamiento orientados hacia la abstinencia, 80% han reportado que recaen, es decir, vuelven a beber en un lapso de 6 meses (Armor, Polish and Stambul, 1978; Gottheil, Thornton, Skolada and Alterman, 1979), y los resultados de estos tratamientos son inestables a través del tiempo (Annis, Ogborne, 1983; Finney, Moos and Newborn, 1980; Litman, Eiser and Taylor, 1979). No es de sorprender, por lo tanto, que cada vez más "la recaída" sea reconocida como un punto de interés en la investigación y el tratamiento.

El **INVENTARIO SITUACIONAL DE CONSUMO DE ALCOHOL, ISCA**; (Annis, 1982), se desarrolló como un instrumento para medir situaciones específicas de consumo de alcohol que pueden ser identificadas en un individuo como situaciones de alto riesgo para una recaída (Annis, 1986). Basándose en un microanálisis de diversas situaciones ocurridas en el último año, que en la mayoría de los casos resultan en consumo excesivo, el **ISCA** puede ser utilizado como una herramienta para planear un tratamiento, ya que proporciona un perfil de las áreas de mayor riesgo en un individuo (Annis and Davis; Peachey and Annis, 1985). Como instrumento de investigación el **ISCA** proporciona una

herramienta para el estudio de los resultados de un tratamiento y el proceso de recaída.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El **ISCA** es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos están diseñados para medir 8 categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos:

1) SITUACIONES PERSONALES, en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en cinco categorías:

- Emociones desagradables
- Malestar físico
- Emociones agradables
- Probando auto-control
- Necesidad o urgencia por consumir

2) SITUACIONES QUE INVOLUCRAN A TERCERAS PERSONAS, que se subdividen en tres subcategorías que son:

- Conflicto con otros
- Presión social
- Momentos agradables

Este sistema de clasificación se desarrolló con base en el trabajo de Marlatt, en donde alcohólicos crónicos



del sexo masculino fueron entrevistados y se les preguntaron las circunstancias que rodeaban su primer episodio de recaída. Después de haber sido dados de alta de un programa de tratamiento orientado hacia la abstinencia; al hacer un análisis de contenido de las respuestas se derivó un sistema de clasificación de ocho categorías (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt y Gordon, 1980, 1985).

Para desarrollar este instrumento se revisaron el "Litman's Dangerousness Questionnaire" (Litman, Eiser, Rawson, Oppenheim, 1979), "Chaney's Situational Competency and Situational Difficulty Tests" (Chaney, O'Leary, Marlatt, 1978); "Marlatt's Drinking Profile" (Marlatt, 1976), "Wilkinson's Self-Efficacy Inventory" (Wilkinson and Martin, 1979), y "Deardorff's Situations for Drinking Questionnaire" (Deardorff, Melges, Hout, and Savage, 1975). Las sugerencias para el contenido de los reactivos fueron obtenidas de pláticas con especialistas, alcohólicos y pacientes. Un borrador del primer cuestionario fue enviado a cinco especialistas con experiencia en la práctica clínica (tratamiento de alcohólicos) y se les pedía sus comentarios y sugerencias sobre la claridad de los reactivos y si cubrían todas las situaciones de recaída. Retroalimentación similar, se solicitó a pacientes admitidos en un programa de tratamiento, durante la fase de piloto.

La versión final del *Inventario Situacional de Consumo de Alcohol* está integrada por 100 reactivos, seis de las ocho subescalas (Malestar físico, Emociones agradables, Probando Auto-control, Necesidad, y Momentos agradables con otros) están representadas con 10 reactivos y las otras dos subescalas (Emociones desagradables y Conflicto con otros) están representada por 20 reactivos en cada categoría. (ver Apéndice A para identificar los reactivos de cada subescala).

FORMA DE ADMINISTRACIÓN DEL ISCA

El **ISCA** puede ser aplicado utilizando lápiz y papel o en un formato computarizado, y se requiere de 20 minutos aproximadamente para completar el cuestionario de 100 reactivos. Puede ser aplicado en forma individual o en grupo. No puede ser aplicado cuando

una persona se encuentra bajo la influencia del alcohol o bajo los efectos del síndrome de abstinencia.

Las instrucciones que se le deben dar al cliente son las siguientes:

- A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos
- Lea con cuidado cada frase, y marque la respuesta, que en forma más precisa describe con qué frecuencia consumió en exceso, ante diversas situaciones el año pasado
- Cada uno de los 100 reactivos se contesta en una escala de 4 puntos

(0) Si usted "NUNCA" bebió en exceso en esa situación

(1) Si "OCASIONALMENTE" bebió en exceso en esa situación

(2) Si "FRECUENTEMENTE" bebió en exceso en esa situación

(3) Si "CASI SIEMPRE" bebió en exceso en esa situación

La definición de "consumo excesivo" es subjetiva y se basa en la percepción de la persona que contesta el cuestionario, sobre lo que para ella significa "exceso".

FORMA DE CALIFICACIÓN

Los 100 reactivos se califican de la siguiente manera:

- una respuesta de "0"
- una respuesta de "1"
- una respuesta de "2"
- una respuesta de "3"

Se calculan ocho subpuntajes que corresponden a las ocho subescalas, sumando simplemente los puntos de los reactivos que corresponden a esa categoría o subescala. (ver Apéndice A).

Los subpuntajes obtenidos se pueden convertir en un puntaje final llamado "ÍNDICE DEL PROBLEMA", esto se hace dividiendo cada subpuntaje obtenido entre el subpuntaje máximo posible en esa subescala, y multiplicando por 100. Las fórmulas para calcular el "ÍNDICE DEL PROBLEMA" se encuentran en la TABLA 1.



INTERPRETACIÓN

Los puntajes del **ISCA** pueden ser interpretados desde perspectivas distintas:

1. ÍNDICE DEL PROBLEMA

Los puntajes de cada subescala van de 0 a 100, e indican la magnitud del problema del cliente relacionado con su consumo excesivo en esa escala, (Ver Tabla 2). Por ejemplo, un puntaje de 0 en una subescala indica que el cliente nunca bebió en exceso en esa situación durante el año pasado, y por lo tanto, es una situación que no presenta riesgo para el cliente. En el otro extremo, un puntaje de entre 67 y 100 indica consumo excesivo muy frecuente en esa situación durante el año pasado, y por lo tanto el terapeuta debe considerar esta situación como de alto riesgo.

El terapeuta puede analizar cada una de las ocho subescalas, pero un mejor perfil se obtiene del análisis de las ocho subescalas en conjunto.

La jerarquía de situaciones de alto riesgo se hace poniendo primero los puntajes más altos, y estos tres puntajes más altos representan las áreas de mayor riesgo para consumir en exceso.

2. PERFIL DEL CLIENTE

El perfil del cliente se construye graficando las ocho subescalas en una gráfica de barras. Primero se incluyen las cinco subescalas que corresponden a estados personales y después las tres escalas de situaciones que involucran a terceras personas.

De esta forma se puede observar si el cliente consume en forma excesiva en situaciones personales o de grupo.


Otra forma de obtener un perfil del cliente es categorizando las subescalas en situaciones POSITIVAS o NEGATIVAS, por ejemplo, emociones desagradables, conflicto, necesidad de consumir, son situaciones negativas, mientras que emociones agradables o momentos agradables son consideradas positivas. 

TABLA 1
CÁLCULO DEL PUNTAJE DE "ÍNDICE DEL PROBLEMA"
DE LAS DISTINTAS SUBESCALAS

$$\text{Índice del problema} = \frac{\text{suma del puntaje de la subescala}}{\text{puntaje máximo posible}} \times 100$$

SUBESCALA

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 AUTO-CONTROL	(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



TABLA 2
GUÍA DE INTERPRETACIÓN DEL "ÍNDICE DEL PROBLEMA"

PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
0	BAJO RIESGO El usuario nunca bebió en exceso durante el año pasado en estas situaciones. Son situaciones que no son de riesgo para el usuario.
1-33	RIESGO MODERADO El usuario algunas veces bebió en exceso en este tipo de situaciones durante el año pasado. Situaciones de este tipo presentan riesgo moderado para el usuario.
34-66	ALTO RIESGO Durante el año pasado el usuario frecuentemente bebió en exceso en estas situaciones. Este tipo de situaciones presentan un alto riesgo para el usuario.
67-100	MUY ALTO RIESGO El usuario muy frecuentemente bebió en exceso en estas situaciones durante el año pasado. Situaciones de este tipo presentan un gran riesgo para el usuario.

APÉNDICE A

DISTRIBUCIÓN DE LOS REACTIVOS EN LAS 8 SUBESCALAS DEL ISCA – 100

SITUACIONES PERSONALES

1. EMOCIONES DESAGRADABLES:

- (02) Cuando estaba deprimido
- (16) Cuando me entristecía al recordar algo que había sucedido
- (23) Cuando sentía que no tenía a quién acudir
- (24) Cuando sentía que me estaba deprimiendo
- (26) Cuando estaba aburrido
- (33) Cuando me empezaba a sentir harto de la vida
- (34) Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente
- (35) Cuando me sentía solo
- (53) Cuando me sentía muy presionado
- (55) Cuando parecía que nada de lo que hacía me estaba saliendo bien
- (59) Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba
- (61) Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor
- (63) Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intento

- (64) Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien
- (68) Cuando me sentía vacío interiormente
- (71) Cuando todo me estaba saliendo mal
- (74) Cuando me sentía culpable por algo
- (76) Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas
- (83) Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de hacer
- (90) Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien

2. MALESTAR FÍSICO

- (04) Cuando me sentía nervioso y mal de salud
- (11) Cuando no podía dormir
- (40) Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta
- (41) Cuando estaba cansado
- (42) Cuando tenía un dolor físico
- (51) Cuando me sentía mareado y con náuseas
- (70) Cuando me sentía muy cansado



- (75) Cuando me sentía nervioso y tenso
- (86) Cuando tenía dolor de cabeza
- (97) Cuando sentía el estómago "hecho nudo"

3. EMOCIONES AGRADABLES

- (03) Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino
- (14) Cuando me sentía muy contento
- (31) Cuando me sentía seguro y relajado
- (37) Cuando me estaba sintiendo "el dueño del mundo"
- (58) Cuando todo me estaba saliendo bien
- (65) Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho
- (78) Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo
- (79) Cuando me sentía contento con mi vida
- (85) Cuando quería celebrar una ocasión especial, como la Navidad
- (98) Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado

4. PROBANDO AUTO-CONTROL

- (05) Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber
- (17) Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí
- (36) Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía
- (43) Cuando me sentía seguro de que podía beber sólo una cuantas copas
- (45) Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites
- (54) Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería ...
- (57) Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía ...
- (80) Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida
- (81) Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño
- (91) Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas

5. NECESIDAD FÍSICA

- (07) Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita
- (13) Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita
- (15) Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía
- (20) Cuando pensaba qué fresca y sabrosa puede ser la bebida
- (29) Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita
- (32) Cuando veía algo que me recordaba la bebida
- (38) Cuando pasaba por donde venden bebida
- (47) Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita
- (67) Cuando pasaba frente a un bar
- (89) Cuando de repente sentía urgencia de beber una copa

SITUACIONES QUE INVOLUCRAN

A TERCERAS PERSONAS

6. CONFLICTO CON OTROS

- (01) Cuando tuve una discusión con un(a) amigo(a)
- (08) Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien
- (09) Cuando alguien me criticaba
- (18) Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso
- (25) Cuando me sentía rechazado sexualmente
- (27) Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos
- (28) Cuando la gente era injusta conmigo
- (30) Cuando me sentía rechazado por mis amigos
- (44) Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo
- (50) Cuando no le simpatizaba a algunas personas
- (52) Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperan de mí
- (56) Cuando otras personas interferían con mis planes
- (62) Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe
- (66) Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona



- (77) Cuando me sentí muy presionado por mi familia
- (87) Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo
- (92) Cuando había problemas en mi hogar
- (94) Cuando tenía problemas en el trabajo
- (99) Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien
- (100) Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y...

7. PRESION SOCIAL

- (10) Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa
- (19) Cuando al salir con amigos éstos entraban a un bar a beber una copa
- (22) Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo
- (39) Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía
- (49) Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla
- (60) Cuando en una fiesta, otras personas estaban bebiendo
- (69) Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ...

- (73) Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa
- (84) Cuando me reunía con un(a) amigo (a) y sugería tomar una copa juntos
- (96) Cuando mi jefe me ofrecía una copa

8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS

- (06) Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado
- (12) Cuando quería aumentar mi placer sexual
- (21) Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba
- (46) Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar ...
- (48) Cuando estaba platicando y quise contar una anécdota
- (72) Cuando quería celebrar con un(a) amigo (a)
- (82) Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar
- (88) Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme...
- (93) Cuando disfrutando de una comida con amigos, pensaba que...
- (95) Cuando estaba a gusto con un(a) amigo (a) y quería tener...



REFERENCIAS

1. Annis, H.M. (1982). **Inventory of Drinking Situations**. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
2. Annis, H.M. (1986). **A relapse prevention model for treatment of alcoholics**. En W.R. Miller y Heather, N. *The addictive behaviors*: Vol. 11. *Processes of change*. New York: Pergamon Press.
3. Annis, H.M. y Davis, C.S. **Assessment of expectancies in alcohol dependent clients**. En Marlatt, G.A. y Donovan, D. *Assessment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
4. Armor, D.J. Polish, J.M. y Stambul, H.B. (1978). **Alcoholism and Treatment**. New York: Wiley.
5. Finney, J.W., Moos, R.H. y Newborn, C.R. (1980). **Posttreatment experiences and treatment outcome of alcoholic patients six months and two years after hospitalization**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(1), 17-29.
6. Marlatt, G.A. (1976). **The drinking profile: A questionnaire for the behavioral assessment of alcoholism**. En Mash, E.J. y Terdal, L.G. *Behavior Therapy Assessment: diagnosis, design and evaluation*. New York: Springer.
7. Marlatt, G.A. (1978). **Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis**. En Nathan, P.E., Marlatt, G.A. y Loberg, T. *Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment*. New York: Academic Press.
8. Marlatt, G.A. (1979). **A cognitive-behavioral model of the relapse process**. En Krasnegor, N.A. *Behavioral analysis and treatment of substance abuse*. (National Institute on Drug Abuse Research Monograph, 25, pp. 191-200). Rockville, Maryland.
9. Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). **Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change**. Davidson, P. y Davidson, S. *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel.
10. Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). **Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. New York: Guilford Press.
11. Skinner, H.A. y Horn, J.L. (1984). **Alcohol Dependence Scale (ADS): User's guide**. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL ISCA

Fecha de entrevista: _____ Nombre: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta una lista de situaciones o eventos en las cuales algunas personas consumen bebidas alcohólicas en exceso.

Lea cuidadosamente cada reactivo, y responda de acuerdo a su consumo durante el año pasado.

Marque:

0. Si usted **"NUNCA"** bebió en exceso en esa situación.
1. Si usted **"OCASIONALMENTE"** bebió en exceso en esa situación.
2. Si usted **"FRECUENTEMENTE"** bebió en exceso en esa situación.
3. Si usted **"CASI SIEMPRE"** bebió en exceso en esa situación.

PREGUNTAS	BEBÍA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1. Cuando tuve una discusión con un amigo	0	1	2	3
2. Cuando estaba deprimido	0	1	2	3
3. Cuando sentía que finalmente todo iba por buen camino	0	1	2	3
4. Cuando me sentía nervioso y mal de salud	0	1	2	3
5. Cuando decidí demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de tomar 1 o 2 copas	0	1	2	3
6. Cuando mis amigos llegaban de visita y me sentía emocionado	0	1	2	3
7. Cuando veía un anuncio de mi bebida favorita	0	1	2	3
8. Cuando me sentía a disgusto en la presencia de alguien	0	1	2	3
9. Cuando alguien me criticaba	0	1	2	3
10. Cuando alguien me invitaba a su casa y me ofrecía una copa	0	1	2	3
11. Cuando no podía dormir	0	1	2	3
12. Cuando quería aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
13. Cuando me daban como regalo una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3
14. Cuando me sentía muy contento	0	1	2	3
15. Cuando volvía a estar en reuniones en donde siempre bebía	0	1	2	3
16. Cuando me entristecía al recordar algo que me había sucedido	0	1	2	3
17. Cuando pensaba que el alcohol ya no era un problema para mí	0	1	2	3
18. Cuando algunas personas a mi alrededor me ponían tenso	0	1	2	3
19. Cuando al salir con amigos éstos entraban a un bar a beber una copa	0	1	2	3
20. Cuando pensaba que fresca y sabrosa podía ser la bebida	0	1	2	3
21. Cuando quería estar más cerca de alguien que me gustaba	0	1	2	3
22. Cuando alguien en la misma habitación estaba bebiendo	0	1	2	3
23. Cuando sentía que no tenía a quién acudir	0	1	2	3
24. Cuando sentía que me estaba deprimiendo	0	1	2	3
25. Cuando me sentía rechazado sexualmente	0	1	2	3
26. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
27. Cuando no era capaz de expresar mis sentimientos	0	1	2	3
28. Cuando la gente era injusta conmigo	0	1	2	3
29. Cuando me acordaba lo bien que sabe mi bebida favorita	0	1	2	3
30. Cuando me sentía rechazado por mis amigos	0	1	2	3



PREGUNTAS	BEBÍA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
31. Cuando me sentía seguro y relajado	0	1	2	3
32. Cuando veía algo que me recordaba la bebida	0	1	2	3
33. Cuando me empezaba a sentir harto de la vida	0	1	2	3
34. Cuando estaba confundido y necesitaba pensar más claramente	0	1	2	3
35. Cuando me sentía solo	0	1	2	3
36. Cuando me podía convencer que era una nueva persona que podía tomar unas cuantas copas	0	1	2	3
37. Cuando me estaba sintiendo el "dueño" del mundo	0	1	2	3
38. Cuando pensaba por donde venden bebidas	0	1	2	3
39. Cuando estaba en una situación en la que siempre bebía	0	1	2	3
40. Cuando me sentía soñoliento y quería estar alerta	0	1	2	3
41. Cuando estaba cansado	0	1	2	3
42. Cuando tenía dolor físico	0	1	2	3
43. Cuando me sentía seguro de que podía beber sólo unas cuantas copas	0	1	2	3
44. Cuando alguien cercano a mí estaba sufriendo	0	1	2	3
45. Cuando comencé a pensar que nunca conocería mis límites respecto a la bebida a menos que los probara	0	1	2	3
46. Cuando salí con mis amigos a divertirme y quise disfrutar más	0	1	2	3
47. Cuando de repente me encontraba una botella de mi bebida favorita	0	1	2	3
48. Cuando estaba platicando a gusto y quise contar una "anécdota"	0	1	2	3
49. Cuando me ofrecían una copa y me sentía incómodo de rechazarla	0	1	2	3
50. Cuando no le simpatizaba a algunas personas	0	1	2	3
51. Cuando me sentía mareado o con náuseas	0	1	2	3
52. Cuando me sentía inseguro de poder lograr lo que esperaban de mí	0	1	2	3
53. Cuando me sentía muy presionado	0	1	2	3
54. Cuando dudaba de mi auto-control respecto al alcohol y quería probarlo tomando una copa	0	1	2	3
55. Cuando parecía que nada de lo que hago me estaba saliendo bien	0	1	2	3
56. Cuando otras personas interferían con mis planes	0	1	2	3
57. Cuando pensaba que finalmente me había curado y que podía controlar la bebida	0	1	2	3
58. Cuando todo estaba saliendo bien	0	1	2	3
59. Cuando sentía que a nadie le importaba realmente lo que me pasaba	0	1	2	3
60. Cuando en una fiesta otras personas estaban bebiendo	0	1	2	3
61. Cuando me sentía inseguro y quería funcionar mejor	0	1	2	3
62. Cuando me sentía presionado por las exigencias de mi jefe debido a la calidad de mi trabajo	0	1	2	3
63. Cuando me parecía que no podía hacer las cosas que intentaba	0	1	2	3
64. Cuando tenía miedo de que las cosas no me iban a salir bien	0	1	2	3
65. Cuando me sentía satisfecho por algo que había hecho	0	1	2	3
66. Cuando sentía envidia por algo que había hecho otra persona	0	1	2	3
67. Cuando pasaba frente a un bar	0	1	2	3
68. Cuando me sentía vacío interiormente	0	1	2	3
69. Cuando estaba en un restaurante y las personas junto a mí ordenaban unas copas	0	1	2	3



PREGUNTAS	BEBÍA EN EXCESO			
	NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
70. Cuando me sentía muy cansado	0	1	2	3
71. Cuando todo me estaba saliendo mal	0	1	2	3
72. Cuando quería celebrar con un amigo	0	1	2	3
73. Cuando alguien me presionaba a demostrar que podía tomar una copa	0	1	2	3
74. Cuando me sentía culpable de algo	0	1	2	3
75. Cuando me sentía nervioso y tenso	0	1	2	3
76. Cuando estaba enojado respecto al curso que habían tomado algunas cosas	0	1	2	3
77. Cuando me sentí muy presionado por mi familia	0	1	2	3
78. Cuando algo bueno sucedía y quería celebrarlo	0	1	2	3
79. Cuando me sentía contento con mi vida	0	1	2	3
80. Cuando pensaba que realmente no dependía de la bebida	0	1	2	3
81. Cuando pensaba que una copa no podía hacerme daño	0	1	2	3
82. Cuando me estaba divirtiendo con mis amigos y quería aumentar la diversión	0	1	2	3
83. Cuando me sentía confundido respecto a lo que debía de ser	0	1	2	3
84. Cuando me reunía con un(a) amigo(a) y sugería tomar una copa juntos	0	1	2	3
85. Cuando quería celebrar una ocasión especial como la navidad o un cumpleaños	0	1	2	3
86. Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
87. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de trabajo	0	1	2	3
88. Cuando me estaba divirtiendo en una fiesta y quería sentirme mejor	0	1	2	3
89. Cuando de repente tenía urgencia de beber una copa	0	1	2	3
90. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
91. Cuando quería probarme a mí mismo que podía beber pocas copas sin emborracharme	0	1	2	3
92. Cuando había problemas (pleitos) en mi hogar	0	1	2	3
93. Cuando disfrutando de una comida con amigos pensaba que una copa lo haría más agradable	0	1	2	3
94. Cuando tenía problemas en el trabajo	0	1	2	3
95. Cuando estaba a gusto con un(a) amigo (a) y quería tener mayor intimidad	0	1	2	3
96. Cuando mi jefe me ofrecía una copa	0	1	2	3
97. Cuando sentía el estómago "hecho nudo"	0	1	2	3
98. Cuando me sentía feliz al recordar algo que me había pasado	0	1	2	3
99. Cuando necesitaba valor para enfrentarme a alguien	0	1	2	3
100. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente y poderoso	0	1	2	3

Autor: Annis, H.M. DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.



HOJA DE CALIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE ALCOHOL ISCA

Emociones desagradables	Malestar físico	Emociones agradables	Presión
2	4	3	10
16	11	14	19
23	40	31	22
24	41	37	39
26	42	58	49
33	51	65	60
34	70	78	69
35	75	79	73
53	86	85	84
55	97	98	96
59			
61	Total = (suma/30) x 100	Total = (suma/30) x 100	Total = (suma/30) x 100
63	_____	_____	_____
64			
68			
71			
74			
76			
83			
90			
Total = (suma/60) x 100			

Momentos agradables con otros	Probando autocontrol	Necesidad física	Conflicto con otros
6	5	7	1
12	17	13	8
21	36	15	9
46	43	20	18
48	45	29	25
72	54	32	27
82	57	38	28
88	80	47	30
93	81	67	44
95	91	89	50
Total = (suma/30) x 100	Total = (suma/30) x 100	Total = (suma/30) x 100	Total = (suma/60) x 100
_____	_____	_____	_____

Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)

INTRODUCCIÓN

En años recientes ha habido un interés cada vez más frecuente en el uso de aproximaciones cognitivo-conductuales, para explicar la conducta adictiva. Un concepto central de estas aproximaciones es el de auto-eficacia. Bandura (1977, 1986) define auto-eficacia como la creencia que tiene el individuo sobre su habilidad para afrontar en forma efectiva, situaciones de alto riesgo. En la actualidad, gran cantidad de información en el campo de las adicciones apoya la idea de que el desarrollo de la auto-eficacia está asociado con resultados positivos en el tratamiento. (Annis and Davis, 1988; Coelho, 1984; Colletti, Supnick and Payne, 1985; Condiotte and Lichtenstein, 1981; DiClemente, 1981; Jeffery *et al.*, 1984; Marlatt and Gordon, 1985; McIntyre and Reid, 1982; and Rist and Watzl, 1983).

En un paciente alcohólico se espera tener experiencias exitosas al tratar de controlar su consumo excesivo, ante una variedad de situaciones de alto riesgo, incrementando su auto-eficacia para afrontarlas, y de este modo se decrezca la posibilidad de una recaída.

EL CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL (CCS), fue desarrollado como un instrumento para que los terapeutas midan, durante el tratamiento, la evolución de la auto-eficacia del paciente en relación a situaciones de riesgo

específicas durante el tratamiento. También se emplea como una medida (auto-eficacia/situaciones de riesgo) para investigadores interesados en estudiar los resultados del tratamiento y el proceso de recaída.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El *Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)*, diseñado para medir el concepto de auto-eficacia de Bandura, en relación a la percepción del usuario sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol. Es un cuestionario de auto-reporte integrado por 100 reactivos. Las situaciones en las que se consume alcohol, medidas por el cuestionario, se basan en el trabajo de Marlatt y asociados (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt and Gordon, 1980), quienes encontraron que estas 100 situaciones podían agruparse:

1) SITUACIONES PERSONALES, en donde el beber involucra la respuesta a un evento, que es de naturaleza psicológica o física, se subdivide en cinco categorías:

- Emociones desagradables
- Malestar físico
- Emociones agradables
- Probando auto-control
- Necesidad física o urgencia por consumir



2) **SITUACIONES DE GRUPO**, en donde la influencia significativa de terceras personas está involucrada, se subdividen en tres categorías:

- Conflicto con otros
- Presión social
- Momentos agradables

El *Cuestionario de Confianza Situacional* fue diseñado para proporcionar una medida que sea sensible para medir el grado de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo relacionadas con el beber en exceso.

INTERPRETACIÓN

Los puntajes del **CCS** pueden ser interpretados desde dos perspectivas distintas:

1. PUNTAJE DE CONFIANZA
2. PERFIL DEL CLIENTE

1. PUNTAJE DE CONFIANZA

Los puntajes de cada categoría van de 0 a 100% e indican la confianza del paciente en su habilidad para resistir la necesidad o urgencia de beber en forma excesiva en esa situación, ver TABLA 2. Por ejemplo, un puntaje de confianza de 0 a 20% en una categoría indica que el cliente no tiene o tiene muy poca confianza de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación y por lo tanto es una situación de alto riesgo para el paciente.

Un puntaje de 80% indica mucha confianza o seguridad en la habilidad para controlar su con-

sumo excesivo de alcohol ante esa situación y por lo tanto, es una situación de bajo riesgo para el cliente.


El terapeuta puede analizar cada una de las categorías, pero es mejor hacer un análisis de las ocho categorías en conjunto.

2. PERFIL DEL CLIENTE

Una jerarquía de puntajes de confianza se puede formar ordenando las ocho categorías de acuerdo a los puntajes del cliente. Aquellas situaciones que tienen los puntajes más altos representan las áreas de mayor confianza para el paciente. Es decir, donde puede controlar su consumo.

El perfil del paciente se construye graficando los puntajes de las ocho categorías en una gráfica de barras. Otra forma de obtener un perfil del cliente es agrupando las categorías en situaciones POSITIVAS, NEGATIVAS y de URGENCIA.

NOTA:

En la aplicación del *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*, se ha utilizado este instrumento de forma breve, en el cual se presentan las categorías y algunos ejemplos de situaciones relacionadas con éstas, por lo que el usuario responde a sólo ocho preguntas, que señalan un porcentaje para evaluar que tan seguro se siente de controlar su forma de beber ante ocho situaciones diferentes. 

REFERENCIAS

1. Annis, H.M.; & Davis, C.S. (1988). **Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial finding from a treatment trial.** In T.B. Baker & D. Cannon (Eds.). *Addictive disorders: Psychological research on assessment and treatment.* New York: Praeger Publishing Company.
2. Annis, H.M., Graham, J.M. & Davis, C.S. (1987). **Inventory of Drinking Situations (IDS): User's Guide.** Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
3. Bandura, A. (1977). **Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.** *Psychological Review*, 84, 191-215.
4. Coelho, R.J. (1984). **Self-efficacy and cessation of smoking.** *Psychological Reports*, 54, 309-310.
5. Marlatt, G.A. (1978). **Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis.** In P.E. Nathan, G.A. Marlatt & T. Loberg (Eds), *Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment.* New York: Plenum Press.
6. Marlatt, G.A. (1979). **Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis.** In P.C. Kendall & S.D. Hollon (eds), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures.* New York: Academic Press.
7. Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1980). **Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change.** In P. Davidson & S. Davidson (Eds), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles.* New York: Brunner-Mazel.
8. Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (Eds). (1985) **Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.** New York: Guilford Press.
9. Miller, P.J., Ross, S.M., Emmerson, R.Y., & Todt, E.H. (1987). **Self-efficacy in alcoholics: Clinical validation of the Situational Confidence Questionnaire.** Submitted for publication.
10. Skinner, H.A. & Horn, J.L. (1984). **Alcohol Dependence Scale. ADS: User's Guide.** Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
11. Solomon, K.E., & Annis, H.M. (1984). **Outcome Expectancy Scale.** Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
12. Solomon, K.E., & Annis, H.M. (1988). **Development of a scale to measure outcome expectancies in alcoholics.** Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
13. Solomon, K.E., & Annis, H.M. (1988). **Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behavior.** Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.



CUESTIONARIO BREVE DE CONFIANZA SITUACIONAL CCS

Nombre usuario: _____ Fecha: _____

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

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

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

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

Me siento... 0% Inseguro _____ 100% Seguro

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

Me siento... 0% Inseguro _____ 100% Seguro

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

Me siento... 0% Inseguro _____ 100% Seguro

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

Me siento... 0% Inseguro _____ 100% Seguro

5. **NECESIDAD FÍSICA** (Por ejemplo: si tuviera urgencia de beber o usar drogas, si pensara que rico es beber alcohol).

Me siento... 0% Inseguro _____ 100% Seguro

6. **CONFLICTO CON OTROS** (Por ejemplo: si tuviera una pelea con un amigo; si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo).

Me siento... 0% Inseguro _____ 100% Seguro

7. **PRESIÓN SOCIAL** (Por ejemplo: si alguien me presionara a fumar o utilizar drogas; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa o droga).

Me siento... 0% Inseguro _____ 100% Seguro

8. **MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS** (Por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo, si me estuviera divirtiendo con un(a) amigo(a) y quisiera sentirme mejor).

Me siento... 0% Inseguro _____ 100% Seguro

AUTO-REGISTRO

Registrando su consumo de alcohol

El registro de su consumo de alcohol es una parte importante de este programa. El auto-registro puede ayudarlo a tener la información exacta acerca de su consumo y cualquier cambio que haga, también le permite evaluar el progreso para alcanzar sus metas.

El auto-registro puede ayudarlo a identificar las situaciones de alto riesgo al analizar los días en que consumió en exceso. Este tipo de información le permitirá tanto a usted y a su terapeuta desarrollar mejores estrategias y alternativas para las situaciones de consumo problemático. El auto-registro puede también darle información acerca de las situaciones en las que no toma o su consumo es limitado.

Inicialmente algunas personas sienten que el registrar solamente les hace perder tiempo. Además, el tener registros de algunas actividades no es usual. Los deportistas o los vendedores llevan registros de sus progresos con respecto a sus planes de ejercicios o trabajos. **El llevar el registro de tu ejecución puede ayudarte a lograr tus metas.**

Aunque el auto-registro requiere tiempo y compromiso, los usuarios que auto-registran su consumo reportan que éste les hace comprender mejor cuánto tomaron y qué situaciones están relacionadas con el consumo.

- **Nosotros queremos que usted registre** su consumo de alcohol diariamente **y lo lleve a las sesiones de tratamiento**
- Es importante tener registros exactos y completos
- No se calificará como bueno o malo el registro de la cantidad de alcohol
- El auto-registro intenta ayudarlo a usted como a su terapeuta a **tener cambios más efectivos en su consumo**
- Dele una oportunidad al auto-registro antes de decidir si puede o no ayudarlo

Instrucciones

Deberá escribir la fecha en la columna "Día" y deberá escribir (1) si hubo consumo, (2) si no hubo consumo y (3) si no hubo necesidad de consumir en la columna "Consumo".

Registre el número de copas que tomó; **cerveza, destilados y vino**, en la columna "Número de copas por tipo de bebida consumida". Después escriba el número total de copas al final del día en la columna "Número total de copas". Si usted no tomó en el día escriba "0" en la columna del número total de copas.

En la columna de "Situaciones en las que consumió", anote con una "X" si consumió solo o acompañado, y si consumió en un lugar público o privado. En la última columna "pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo" usted anotará los pensamientos y sentimientos que tuvo antes, durante y después de su consumo.

Recuerde traer sus hojas de registro cubriendo cada día desde tu última cita. Si tiene dudas pregúntele a su terapeuta. INICIE SU AUTO-REGISTRO EL DÍA QUE RECIBA ESTE TALONARIO.

Tips de un Consumo Moderado

Estos son algunos tips por si ha elegido como meta la moderación. El objetivo es que si en alguna ocasión decide consumir, lo disfrute y las consecuencias negativas se minimicen.

- Estar bien descansado, relajado y sin presiones
- Saciar mi sed antes de empezar a consumir
- Haber comido antes de consumir
- Botanear mientras consumo
- Tomar como máximo 4 tragos estándar
- Tomar un trago 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
- Aceptar la invitación a beber sólo cuando se desee
- Conocer la concentración de alcohol en las distintas bebidas



¿Cómo medir un trago estándar?

	Trago estándar
Una cerveza de lata =	1 trago
Una caguama =	3 tragos
Una botella de destilados de 1/4 =	6 tragos
Una botella de destilados de 1/2 =	12 tragos
Una botella de destilados de 3/4 =	17 tragos
Una botella de destilados de 1 lt =	22 tragos
Una botella de vino de 3/4 =	5 tragos
Una botella de vino de 1 lt =	8 tragos

Forma de Registro de Consumo de Alcohol

DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM.



Nombre:					No. Exp.:				
Fecha:					Terapeuta:				
Mi meta para la semana:									
No consumir			Reducir mi consumo			Días de consumo:			
Cantidad:									

Día	Consumo 1) si 2) no 3) no hubo necesidad	Número de copas por tipo de bebida consumida			Total de copas (si no consumiste escribe "0")	Situación en la que consumió				Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
		CERVEZA	DESTILADOS	VINO		SOLO	OTROS	1	2	

1. Lugar Público 2. Lugar Privado

Nombre:					No. Exp.:				
Fecha:					Terapeuta:				
Mi meta para la semana:									
No consumir			Reducir mi consumo			Días de consumo:			
Cantidad:									

Día	Consumo 1) si 2) no 3) no hubo necesidad	Número de copas por tipo de bebida consumida			Total de copas (si no consumiste escribe "0")	Situación en la que consumió				Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
		CERVEZA	DESTILADOS	VINO		SOLO	OTROS	1	2	

1. Lugar Público 2. Lugar Privado



Nombre: _____					No. Exp.: _____					
Fecha: _____					Terapeuta: _____					
Mi meta para la semana:										
No consumir			Reducir mi consumo			Días de consumo: _____				
						Cantidad: _____				
Día	Consumo 1) si 2) no 3) no hubo necesidad	Número de copas por tipo de bebida consumida			Total de copas (si no consumiste escribe "0")	Situación en la que consumió				Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
		CERVEZA	DESTILADOS	VINO		SOLO	OTROS	1	2	

1. Lugar Público 2. Lugar Privado

Nombre: _____					No. Exp.: _____					
Fecha: _____					Terapeuta: _____					
Mi meta para la semana:										
No consumir			Reducir mi consumo			Días de consumo: _____				
						Cantidad: _____				
Día	Consumo 1) si 2) no 3) no hubo necesidad	Número de copas por tipo de bebida consumida			Total de copas (si no consumiste escribe "0")	Situación en la que consumió				Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
		CERVEZA	DESTILADOS	VINO		SOLO	OTROS	1	2	

1. Lugar Público 2. Lugar Privado



Nombre:					No. Exp.:				
Fecha:					Terapeuta:				
Mi meta para la semana:									
No consumir			Reducir mi consumo			Días de consumo:			
Cantidad:									

Día	Consumo 1) si 2) no 3) no hubo necesidad	Número de copas por tipo de bebida consumida			Total de copas (si no consumiste escribe "0")	Situación en la que consumió				Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
		CERVEZA	DESTILADOS	VINO		SOLO	OTROS	1	2	

1. Lugar Público 2. Lugar Privado

Nombre:					No. Exp.:				
Fecha:					Terapeuta:				
Mi meta para la semana:									
No consumir			Reducir mi consumo			Días de consumo:			
Cantidad:									

Día	Consumo 1) si 2) no 3) no hubo necesidad	Número de copas por tipo de bebida consumida			Total de copas (si no consumiste escribe "0")	Situación en la que consumió				Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
		CERVEZA	DESTILADOS	VINO		SOLO	OTROS	1	2	

1. Lugar Público 2. Lugar Privado



Nombre:					No. Exp.:					
Fecha:					Terapeuta:					
Mi meta para la semana:										
No consumir			Reducir mi consumo			Días de consumo:				
						Cantidad:				
Día	Consumo 1) si 2) no 3) no hubo necesidad	Número de copas por tipo de bebida consumida			Total de copas (si no consumiste escribe "0")	Situación en la que consumió				Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
		CERVEZA	DESTILADOS	VINO		SOLO	OTROS	1	2	

1. Lugar Público 2. Lugar Privado

Nombre:					No. Exp.:					
Fecha:					Terapeuta:					
Mi meta para la semana:										
No consumir			Reducir mi consumo			Días de consumo:				
						Cantidad:				
Día	Consumo 1) si 2) no 3) no hubo necesidad	Número de copas por tipo de bebida consumida			Total de copas (si no consumiste escribe "0")	Situación en la que consumió				Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
		CERVEZA	DESTILADOS	VINO		SOLO	OTROS	1	2	

1. Lugar Público 2. Lugar Privado



ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARA EL USUARIO

Fecha de la entrevista: _____

Antes del seguimiento el entrevistador debe revisar:

- Nombre del terapeuta
- Establecimiento de metas
- Resultados de línea base
- Nombre y dirección del colateral

Recordar al usuario que traiga lo siguiente:

- Registro de automonitoreo para Línea Base Retrospectiva (si los tiene)

1. Lugar de la entrevista:

- ___ (1) En el centro de tratamiento
 ___ (2) En la casa o trabajo
 ___ (3) Por teléfono

2. Estado civil:

- ___ (1) Casado ___ (2) Soltero
 ___ (3) Divorciado ___ (4) Separado
 ___ (5) Viudo ___ (5) Unión libre

3. ¿Qué tan satisfecho está con su calidad de vida en este momento?

- ___ (1) Muy Satisfecho ___ (2) Satisfecho ___ (3) Inseguro ___ (4) Insatisfecho ___ (5) Muy insatisfecho

4. Situación laboral en los últimos 6 meses:

- ___ (1) Tiempo completo ___ (2) Medio tiempo
 ___ (3) Independiente ___ (4) Trabajo temporal
 ___ (5) Desempleado ___ (6) Jubilado
 ___ (7) Estudiante ___ (8) Ama de casa

5. Número de semanas que estuvo trabajando en los últimos 6 meses (0-26): _____

6. Número de días en que no asistió a trabajar durante los últimos 6 meses por abuso de alcohol: _____

7. Número de trabajos que perdió durante los últimos 6 meses debido a problemas causados por consumo de drogas: _____

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

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

9. Describa el tipo de tratamiento y califíquelo. (Calificación: (a) útil, (b) no tuvo ninguno efecto, (c) inútil):

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



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

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

PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS

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

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

13. Número de días que estuvo bebiendo para evitar o minimizar el síndrome de abstinencia de la noche anterior (cruda), en los últimos 6 meses: _____

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

- ___ (0) No es un problema
- ___ (1) No es un problema
- ___ (2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no he tenido ninguna experiencia o consecuencia negativa)
- ___ (3) Es un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero considero que ninguna de ellas fue seria)
- ___ (4) Es un problema grave (he tenido algunas experiencias negativas, una de las cuales, considero que fue seria)
- ___ (5) Es un problema muy grave (he tenido algunas experiencias con consecuencias negativas, de las cuales por lo menos 2 considero que fueron serias)

15. Marque (sólo una) la alternativa que describe su manera de consumir drogas durante los últimos 6 meses:

- ___ (0) No es un problema
- ___ (1) Ya no es un problema
- ___ (2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no me ha provocado ninguna experiencia o consecuencias negativas)
- ___ (3) Es un problema menor (me ha dado algunas experiencias con consecuencias negativas pero considero que ninguna de ellas fue seria)
- ___ (4) Es un problema grave (me ha provocado algunas experiencias con consecuencias negativas una de las cuales, considero que fue seria)
- ___ (5) Es un problema muy grave (me ha provocado algunas experiencias con consecuencias negativas, mínimo 2 que considero que fueron serias)



16. Sustancias consumidas: (Si el cuadro "Consumo" se contesta con NO, el resto de la fila debe permanecer en blanco).

Tipo de Droga	Consumo * 1= No 2= Si	Forma de consumo oral, inyectada, fumada, inhalada, otras	Último año de consumo	Frecuencia de consumo** (durante los últimos 90 días)	Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días
Alcohol					
Mariguana					
Cocaína					
Metanfetaminas					
Depresivos					
Narcóticos (heroína, metadona, opio, morfina, demerol)					
Inhalables (cemento, solvente, aerosoles)					
Alucinógenos LSD, Polvo de ángel, mescalina, psilocibina)					
Drogas Antialcohol (ANTABUSE, TEMPOSIL)					
*Si el cuadro "Consumo" se contesta "NO", el resto del cuadro debe permanecer en blanco.	**CÓDIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO				
	0= No consume 1= menos de un mes	2=1 vez al mes 3=1 a 2 veces a la semana	4=3 a 6 veces a la semana 5= Diariamente		

17. Consecuencias: Llenar el siguiente cuadro dependiendo de las consecuencias experimentadas durante los últimos 6 meses (según la droga consumida).

	Alcohol	Mariguana	Cocaína	Metanfetaminas	Depresivos	Narcóticos	Inhalables	Otras
DAÑO FÍSICO 0 = Ninguno 1 = Aviso preventivo del médico 2 = Tratamiento médico por enfermedad o accidente								
DAÑO COGNITIVO (incluyendo lagunas mentales, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento) 0 = Ninguno 1 = 5 o menos ocasiones. 2 = Más de 5 ocasiones								
DAÑO AFECTIVO (incluyendo cambios de humor, cambios de personalidad) 0 = Ninguno 1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2 = Mayor (con consecuencias en el comportamiento diario)								
DAÑO INTERPERSONAL 0 = Ninguno 1 = Menor (solamente discusiones o relaciones tirantes con otros) 2 = Mayor (pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)								
AGRESIÓN 0 = Ninguno 1 = Agresión verbal 2 = Violencia física								
PROBLEMAS FINANCIEROS 0 = Ninguno 1 = Menor (gastos en exceso) 2 = Mayor (reducción de ingresos por mantener el consumo)								



PREGUNTAS SOBRE EL TRATAMIENTO

18. ¿En los últimos 6 meses, utilizó satisfactoriamente alguna de las estrategias o técnicas que aprendió durante su terapia?
- (0) No utilizó ninguna estrategia o técnica
 - (1) Auto-monitoreo (de consumo de alcohol o drogas)
 - (2) Solución de problemas
 - (3) Identificación de los factores de incitación al consumo de alcohol o drogas
 - (4) Establecimiento de metas
 - (5) Estrategias de cambio en el estilo de vida
 - (6) Proceso que consiste en detenerse y pensar
 - (7) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de pros y contras)
 - (8) Tips o ayudas para controlar el consumo de alcohol. (ejemplo: beber más despacio, no tener la copa en las manos, hacer otras actividades, etc.)
 - (9) Cambio de amigos o de lugares donde se consume alcohol o drogas
 - (10) Otras: Describa _____
 - (11) Otras: Describa _____
 - (12) Otras: Describa _____

LAS PREGUNTAS 25 y 26 SON SÓLO PARA USUARIOS CON LOS QUE SE HA TENIDO UN CONTACTO ÚNICO DE 6 MESES.

19. Qué tan útil ha sido la comunicación telefónica con su terapeuta después de terminar las 4 sesiones de tratamiento:
- (1)___ (2)___ (3)___ (4)___ (5)___
 No fue útil Ayudó poco Ayudó en algo Ayudó considerablemente Ayudó mcho
20. Le recomendaría a los terapeutas que siguieran manteniendo el contacto con sus usuarios por medio del teléfono:
- (1) Si (2) No
 (3) Sí, pero sólo con algunos pacientes o usuarios. Por favor, escriba el tipo de usuario que usted considera el adecuado para mantener esta forma de comunicación: _____

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

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

21. El tiempo que duró el tratamiento fue :
- (1) Escaso
 - (2) Suficiente
 - (3) Abundante
22. Si la terapia fue escasa o abundante ¿Cuántas sesiones hubieran sido las suficientes? _____
23. En comparación con las condiciones en las que usted se encontraba antes de estar en el *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema*, actualmente su manera de beber es:
- (1) Ya no es un problema
 - (2) El problema es menor que antes
 - (3) No ha cambiado
 - (4) El problema es más grave que antes.
24. En general, ¿Cómo considera que fue la elección de su meta de consumo de alcohol o drogas?
- (1) Una buena meta. ¿Por qué?
 - (2) Sin comentarios
 - (3) Una mala meta. ¿Por qué?



25. Si estuviera al inicio de su tratamiento, ¿preferiría elegir usted mismo su meta de consumo drogas o alcohol o preferiría que el terapeuta la seleccionara por usted?

- (1) Seleccionar la meta por mi mismo
- (2) Seleccione el terapeuta
- (3) Indiferente

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

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

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

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

27. Considera usted que el *Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema* en México, en el cual usted participó, debería seguir estando a la disposición de nuestra población.

- (1) Sí.
- (2) No.
- (3) Sí, sólo en determinados pacientes. Favor de escribir el tipo de pacientes que usted considere el apropiado para esta clase de tratamiento:

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

Resultados de los análisis sanguíneos:

Notas del entrevistador:

NOMBRE DEL USUARIO: _____

No. Expediente: _____

Nombre del entrevistador: _____



ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO PARA EL COLATERAL

Fecha de la entrevista: _____

1. Nombre del entrevistador que hace el seguimiento: _____
2. Nombre del entrevistado o colateral: _____
3. Parentesco del colateral con el usuario:

<input type="checkbox"/> (1) Pareja	<input type="checkbox"/> (2) Padres
<input type="checkbox"/> (3) Hijo(a)	<input type="checkbox"/> (4) Hermano(a)
<input type="checkbox"/> (5) Abuelo(a)	<input type="checkbox"/> (6) Otro pariente
<input type="checkbox"/> (7) Compañero de cuarto	<input type="checkbox"/> (8) Jefe o superior en el trabajo
<input type="checkbox"/> (9) Amigo(a)	<input type="checkbox"/> (10) Otro
4. Tipo de contacto con el entrevistador (marque sólo una):
 - (1) Telefónico
 - (2) En la comunidad
 - (3) En el Centro de Servicio
 - (4) Por correo
5. Frecuencia de reunión del usuario y del colateral, (marque sólo una):
 - (1) Diariamente
 - (2) No diario, pero más de una vez por semana
 - (3) Semanalmente
 - (4) No semanalmente, pero más de una vez al mes
 - (5) Mensualmente
 - (6) Menos de una vez al mes, especifique: _____
6. La mayoría de los contactos entre el colateral y el usuario se realizan (marque sólo una):

<input type="checkbox"/> (1) En persona	<input type="checkbox"/> (4) En persona y por teléfono
<input type="checkbox"/> (2) Por teléfono	<input type="checkbox"/> (5) Otro, especifique: _____
<input type="checkbox"/> (3) Por carta	

DATOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL

Instrucciones para el entrevistador:

Utilizando un calendario, determinar el inicio y el fin de un intervalo de 30 días, este intervalo terminará el día anterior a la entrevista. Estas fechas deben ser incluidas en la siguiente instrucción que será leída al colateral:

"Las siguientes preguntas que le voy a hacer sobre _____
 Nombre del usuario
 están relacionadas con su consumo de alcohol, durante el periodo que va del _____ al _____.

- Primero, diga al colateral, que se le pedirá dividir estos 30 días en varias categorías, por ejemplo número de días que no consumió alcohol, número de días en que consumió alcohol en distintas cantidades, y días en los que pudo haber estado en un ambiente institucionalizado donde no podía consumir (ejemplo: hospital o la cárcel).
- Después, es importante decirle al colateral que se le leerá una lista de categorías posibles. Un día sólo puede ser utilizado para una categoría, y el número total de días siempre debe ser igual a 30.
- Finalmente, lea de nuevo cada una de las posibles categorías, preguntándole esta vez al colateral el número de días que el usuario estuvo involucrado en esta conducta. El entrevistador encontrará útil preguntar primero sobre el número de días que el usuario estuvo en un ambiente institucionalizado (cárcel, hospital, etc.), ya que éstas son situacio-



nes en donde generalmente no se puede beber. Sólo se debe utilizar "NO SABE", si el colateral desconoce el consumo de alcohol del usuario durante esos días.

CATEGORÍA	NÚMERO DE DÍAS
7. No aplicable (utilizar sólo cuando el colateral desconoce lo que sucedió con el usuario durante esos días)	0
8. Abstinencia (no consumió alcohol)	__ __
9. Bebió de 1 a 4 tragos ¹	__ __
10. Bebió de 5 a 9 tragos	__ __
11. Bebió 10 tragos o más	__ __
12. Estuvo en la cárcel por delitos relacionados con el abuso de alcohol o drogas	__ __
13. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor qué tan seguro está usted de que la INFORMACIÓN que nos acaba de proporcionar es la correcta (marque sólo una):	
___ (1) Todo o casi toda la información es muy probable que sea correcta	
___ (2) Estoy seguro que algo de la información que reportó es correcta, pero hay algunas cosas de las que no estoy seguro	
___ (3) No tengo idea que tan correcta es la información	
14. Desde su punto de vista, cuál de las siguientes alternativas piensa usted que describe mejor el consumo de alcohol de (nombre del usuario) durante el año pasado, antes de iniciar el tratamiento (marque sólo una alternativa).	
___ (0) No aplicable, nunca ha tenido problemas de consumo de alcohol	
___ (1) Sin problema	
___ (2) Un pequeño problema	
___ (3) Un problema menor	
___ (4) Un problema mayor	
___ (5) Un gran problema	

DATOS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

Instrucciones para el entrevistador:

Utilizando un calendario, determinar el inicio y el fin de un intervalo de 30 días, este intervalo terminará el día anterior a la entrevista. Estas fechas deben ser incluidas en la siguiente instrucción que será leída al colateral:

"Las siguientes preguntas que le voy a hacer sobre _____
Nombre del usuario
 están relacionadas con su consumo de drogas, durante el periodo que va del _____ al _____.

- Primero, diga al colateral, que se le pedirá dividir estos 30 días en varias categorías, por ejemplo número de días que no uso drogas, número de días en que consumió drogas en distintas cantidades, y días en los que pudo haber estado en un ambiente institucionalizado donde no podía consumir (ejemplo: hospital o la cárcel).
- Después, es importante decirle al colateral que se le leerá una lista de categorías posibles. Un día sólo puede ser utilizado para una categoría, y el número total de días siempre debe ser igual a 30.
- Finalmente, lea nuevamente cada una de las posibles categorías, preguntándole esta vez al colateral el número de días que el usuario estuvo involucrado, en esta conducta. El entrevistador encontrará útil preguntar primero sobre el número

¹ Se define un "trago estándar", a una lata o botella de cerveza de 341 ml; una copa que contiene el equivalente de 42 ml. de whisky, ron o vodka; una copa de 142 ml. de vino de mesa; 85 ml. de jerez o manzanilla, o un caballito de tequila.



de días que el usuario estuvo en un ambiente institucionalizado (cárcel, hospital, internado, etc.) ya que éstas son situaciones donde generalmente no se puede beber. Solamente se debe utilizar "NO SABE", si el colateral desconoce el consumo de drogas del usuario durante esos días.

CATEGORÍA	NUMERO DE DIAS
15. No aplicable (utilizar sólo cuando el colateral desconoce lo que sucedió con el usuario durante esos días)	0
16. Abstinencia (no consumió drogas)	__ __
17. No. de días que consumió drogas durante los últimos 30 días	__ __
18. Otros (Ejemplo: cárcel, desintoxicación, hospital, casa medio camino)	__ __

19. ¿Qué tipo de droga(s) diferentes al alcohol o tabaco, ha utilizado durante este período de 30 días?

Nombrar: _____

EVALUADOR: Marque con un número las drogas que se nombran:

- ___ (1) Cannabis (Mariguana, hashís, aceite de hashís)
- ___ (2) Cocaína / crack
- ___ (3) Otros estimulantes (v.g. pastillas para bajar de peso)
- ___ (4) Depresivos incluyendo drogas ansiolíticas
- ___ (5) Heroína
- ___ (6) Metadona
- ___ (7) Otros narcóticos (v.g. opio, demerol, morfina)
- ___ (8) Inhalables (cemento, solventes)
- ___ (9) Alucinógenos (v.g. LSD, PCP, mezcalina)
- ___ (10) Otras: _____

20. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor qué tan seguro está usted de que la INFORMACION que nos acaba de proporcionar es la correcta (marque sólo una):

- ___ (1) Todo o casi toda la información es muy probable que sea correcta
- ___ (2) Estoy seguro que algo de la información que reportó es correcta, pero hay algunas cosas de las que no estoy seguro
- ___ (3) No tengo idea de que tan correcta es la información

21. Desde su punto de vista, cuál de las siguientes alternativas piensa usted que describe mejor el consumo de drogas de (nombre del usuario) durante el año pasado antes de que participará en el programa. (marque sólo una alternativa).

- ___ (0) No aplicable, nunca ha tenido problemas de consumo de alcohol.
- ___ (1) Sin problema
- ___ (2) Un pequeño problema
- ___ (3) Un problema menor
- ___ (4) Un problema mayor
- ___ (5) Un gran problema



Guía Rápida para la Admisión

Momento	Actividades	Materiales	
Previas a la sesión	1. Planear la agenda para la sesión.	Materiales para el usuario: <ul style="list-style-type: none"> • BEDA • Subescalas de Pistas A y B • Formato de Consentimiento • Reporte de Sesión de Admisión Materiales para el terapeuta: <ul style="list-style-type: none"> • Instrucciones para aplicar la escala BEDA • Instrucciones para aplicar las subescalas de Pistas A y B • Lista de Verificación • Cuestionario de Preselección • Folder tamaño carta y dos broches Baco 	
	2. Preparar materiales (para el usuario y para el terapeuta)		
	3. Revisar la información que debe recopilarse en la sesión (Cuestionario de Pre-selección).		
	4. Revisar las instrucciones para la aplicación de la escala BEDA, las subescalas de Pistas A y B		
	5. Preparar el folder para el expediente del usuario.		
	6. Revisar los indicadores para esta sesión que aparecen en la Lista de Verificación.		
Sesión	1. Recepción del usuario.		5 minutos
	2. Análisis del motivo de consulta del usuario y exploración de la etapa de disposición al cambio del usuario.		20 a 30 minutos
	3. Recolección de información con apoyo del Cuestionario de Pre-selección: <ul style="list-style-type: none"> • Historia de consumo de alcohol • Consecuencias de la forma de consumo • Características clínicas que sugieran dependencia severa • Contraindicaciones para consumir alcohol • Uso de drogas psicoactivas, antecedentes familiares, violencia familiar • Historia de síntomas físicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Preselección 	
	4. Explicación de las características del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema.		5 minutos
	5. Aplicación de la escala BEDA y las subescalas de Pistas A y B.	<ul style="list-style-type: none"> • Escala BEDA y subescalas de Pistas A y B 	15 minutos
	6. Definición y discusión sobre si el usuario es o no candidato para el programa.		5 minutos
	7. Entrega y firma del Formato de Consentimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de Consentimiento 	5 minutos
	8. Cierre de la sesión.		5 minutos
	9. Programación de la siguiente sesión.		2 minutos
Posteriores a la sesión	1. Llenado del Cuestionario de Pre-selección	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Pre-selección 	
	2. Revisión de la Entrevista Inicial y llenado de los rubros para los cuales haya recopilado información	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Inicial 	
	3. Elaboración del Reporte de Sesión.	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de Sesión de Admisión 	
	4. Preparación e integración del expediente del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Folder carta y dos broches Baco • Resultados de la escala BEDA y las subescalas de Pistas A y B • Cuestionario de Pre-selección • Formato de Consentimiento • Evaluación Inicial • Reporte de la Sesión de Admisión 	
	5. Auto-evaluación del desempeño del terapeuta a partir de los incisos correspondientes de la Lista de Verificación.	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de Verificación 	



Guía Rápida para la Evaluación

Momento	Actividades	Materiales	
Previa a la sesión	1. Planear la agenda para la sesión.	Materiales para el usuario: <ul style="list-style-type: none"> • LIBARE • ISCA • CCS • Auto-registro • Lectura Paso 1 y ejercicios 1A, 1B y 1C Materiales para el terapeuta: <ul style="list-style-type: none"> • Expediente del usuario • Instrucciones para la aplicación de los instrumentos • Lista de Verificación 	
	2. Preparar materiales (para el usuario y para el terapeuta).		
	3. Leer el expediente para tener presente la información necesaria acerca del usuario.		
	4. Leer el reporte de la sesión anterior.		
	5. Identificar si hubo alguna inconsistencia en la información para investigarla durante esta segunda sesión.		
	6. Revisar los indicadores para esta sesión que aparecen en la Lista de Verificación.		
	7. Revisar las instrucciones de aplicación de los instrumentos que empleará en la sesión.		
	8. Recordar las instrucciones para la lectura y los ejercicios del Paso 1.		
Sesión	1. Recepción del usuario.		5 minutos
	2. Resumen de la sesión anterior.	Expediente del usuario con: Cuestionario de Pre-selección. Escala BEDA. Subescalas de PISTAS A y B. Entrevista inicial.	5-10 minutos
	3. Continuación de la Entrevista inicial.	Entrevista inicial.	5 minutos
	4. Aplicación del primer instrumento.	Línea Base Retrospectiva, LIBARE.	15-20 min.
	5. Aplicación del segundo instrumento.	Inventario de Situaciones de Consumo, ISCA.	15-20 min.
	6. Aplicación del tercer instrumento.	Cuestionario de Confianza Situacional, CCS forma breve.	10 minutos
	7. Entrega y explicación del Auto-registro.	Auto-registro.	10 minutos
	8. Entrega y explicación de la lectura y ejercicios.	Lectura Paso 1. Ejercicios 1A, 1B y 1C.	5-10 minutos
	9. Programación de la primera sesión de tratamiento.		2 minutos
Posteriores a la sesión	1. Calificación de la LIBARE, ISCA Y CCS.	LIBARE, ISCA Y CCS contestada por el usuario.	
	2. Elaboración del reporte de sesión.	Formato de Reporte de Sesión de evaluación.	
	3. Continuación de estrategias de intervención.		
	4. Integración del expediente.	Entrevista Inicial completa. Instrumentos de evaluación resueltos por el usuario: LIBARE, ISCA y CCS. Resultados e interpretación del LIBARE, ISCA Y CCS. Reporte de la Sesión de Evaluación.	
	5. Auto evaluación del desempeño del terapeuta.	Lista de Verificación.	



Guía Rápida para el Paso 1

Momento	Actividades	Materiales	
Previas a la sesión	1. Planear la agenda para la sesión.	Materiales para el usuario: • Lectura Paso 2 y ejercicio 2 • Resultados de la LIBARE Materiales para el terapeuta: • Expediente del usuario • Lectura Paso 1 y Ejercicios 1A, 1B y 1C • Lectura del Paso 2 y Ejercicio 2 • Lista de Verificación • Copia de resultado de la LIBARE	
	2. Preparar materiales (para el usuario y para el terapeuta).		
	3. Leer el expediente para tener presente la información necesaria acerca del usuario.		
	3.1. Leer los reportes de la sesiones de Admisión y Evaluación.		
	3.2. Revisar los resultados del LIBARE.		
	3.3. Considerar la interpretación de los marcadores biológicos en caso de haberlos solicitado en la sesión de Admisión.		
4. Revisar la lectura y los ejercicios del Paso 1 y recordar las instrucciones para la lectura y el ejercicio del Paso 2.			
5. Revisar los indicadores para esta sesión que aparecen en la Lista de Verificación.			
Sesión	1. Recepción del usuario.		5 minutos
	2. Resumen de la sesión anterior.	• Expediente del usuario	5 minutos
	3. Revisión del Auto-registro.	• Copia del Auto-registro para el expediente	10-15 min.
	4. Reflexión con el usuario para ayudarlo a lograr la meta específica del paso.		
	4.1. Discusión de la lectura del Paso 1.		5 minutos
	4.2. Revisión del Ejercicio 1A.	• Copia de los ejercicios 1A, 1B y 1C y del resultado de la LIBARE para el expediente	15 minutos
	4.3. Revisión del Ejercicio 1B.		5 minutos
	4.4. Revisión del Ejercicio 1C (primera parte) y entrega de resultados de la LIBARE.		5 minutos
	4.5. Revisión del Ejercicio 1C (segunda parte).		5 minutos
	5. Cierre de la sesión.		5 minutos
6. Entrega y explicación de la lectura del Paso 2 y del Ejercicio 2.	• Lectura del Paso 2 y Ejercicio 2	5 minutos	
7. Programación de la siguiente sesión.		2 minutos	
Posteriores a la sesión	1. Elaboración del reporte de la sesión.	• Reporte de Sesión del Paso 1	
	2. Integración del expediente.	• Copias de los Ejercicios 1A, 1B y 1C • Reporte de sesión del Paso 1	
	3. Auto-evaluación del desempeño del terapeuta.	• Lista de Verificación	



Guía Rápida para el Paso 2

Momento	Actividades	Materiales	
Previas a la sesión	1. Planear la agenda para la sesión.	Materiales para el usuario: <ul style="list-style-type: none"> • Lectura Paso 3 y Ejercicios 3A y 3B • Resultados del ISCA • Resultados del CCS Materiales para el terapeuta: <ul style="list-style-type: none"> • Expediente del usuario • Ejercicios del Paso 1 • Lectura Paso 2 y Ejercicio 2 • Lectura y Ejercicios del Paso 3 • Lista de Verificación • Copia de resultados del ISCA • Copia de resultados de CCS 	
	2. Preparar materiales (para el usuario y para el terapeuta)		
	3. Leer el expediente para tener presente la información necesaria acerca del usuario.		
	3.1. Leer los reportes de las sesiones anteriores.		
	3.2. Revisar los resultados del ISCA y CCS.		
	4. Revisar la lectura y el ejercicio para el Paso 2 y recordar las instrucciones para la lectura y los ejercicios del Paso 3.		
5. Revisar los indicadores para esta sesión que aparecen en la Lista de Verificación.			
Sesión	1. Recepción del usuario.		5 minutos
	2. Resumen de la sesión anterior.	• Expediente del usuario	5 minutos
	3. Revisión del Auto-registro.	• Copia del Auto-registro para el expediente	10-15 min.
	4. Reflexión con el usuario para ayudarlo a lograr la meta específica del paso.		
	4.1. Discusión de la lectura del Paso 2.		5 minutos
	4.2. Revisión del Ejercicio 2 y entrega de resultados del ISCA y CCS.	• Copia del Ejercicio 2 y de los resultados del ISCA y CCS para el expediente	20 minutos
	5. Cierre de la sesión.		5 minutos
	6. Entrega y explicación de la lectura del Paso 3 y de los Ejercicios 3A y 3B.	• Lectura del Paso 3, Ejercicios 3A y 3B	5 minutos
7. Programación de la siguiente sesión.		2 minutos	
Posteriores a la sesión	1. Elaboración del reporte de la sesión.	• Reporte de Sesión del Paso 2	
	2. Integración del expediente.	• Copias del Ejercicio 2 • Copia de los resultados del ISCA y del CCS • Reporte de Sesión del Paso 2	
	3. Auto-evaluación del desempeño del terapeuta.	• Lista de Verificación	



Guía Rápida para el Paso 3

Momento	Actividades	Materiales	
Previas a la sesión	1. Planear la agenda para la sesión.	Materiales para el usuario: • Ejercicio 4 Materiales para el terapeuta: • Expediente del usuario • Ejercicios del Paso 1 y 2 • Lectura Paso 3, Ejercicios 3A y 3B • Lista de Verificación • Ejercicio del Paso 4	
	2. Preparar materiales (para el usuario y para el terapeuta).		
	3. Leer el expediente para tener presente la información necesaria acerca del usuario.		
	3.1. Leer los reportes de las sesiones anteriores.		
	4. Revisar la lectura y los ejercicios para el Paso 3 y recordar las instrucciones para el resumen y el ejercicio del Paso 4.		
	5. Revisar los indicadores para esta sesión que aparecen en la Lista de Verificación.		
Sesión	1. Recepción del usuario.		5 minutos
	2. Resumen de la sesión anterior.	• Expediente del usuario	5 minutos
	3. Revisión del Auto-registro.	• Copia del Auto-registro para el expediente	10-15 min.
	4. Reflexión con el usuario para ayudarlo a lograr la meta específica del paso.		
	4.1. Discusión de la lectura del Paso 3.		5 minutos
	4.2. Revisión de los Ejercicios 3A y 3B.	• Copia de los Ejercicios 3A y 3B para el expediente	30 minutos
	5. Cierre de la sesión		5 minutos
	6. Entrega y explicación del resumen final del tratamiento y del Ejercicio 4.	• Resumen final del tratamiento. • Ejercicio 4	5 minutos
	7. Programación de la siguiente sesión.		2 minutos
Posteriores a la sesión	1. Elaboración del reporte de la sesión.	• Reporte de Sesión del Paso 2	
	2. Integración del expediente.	• Copias de los Ejercicios 3A y 3B • Reporte de Sesión del Paso 3	
	3. Auto-evaluación del desempeño del terapeuta.	• Lista de Verificación	



Guía Rápida para el Paso 4

Momento	Actividades	Materiales	
Previas a la sesión	1. Planear la agenda para la sesión.	Materiales para el terapeuta: <ul style="list-style-type: none"> • Expediente del usuario • Ejercicios del Paso 1, 2, 3 y 4 • Resumen final del tratamiento • Ejercicio 4 • Lista de Verificación 	
	2. Preparar materiales (para el usuario y para el terapeuta).		
	3. Leer el expediente para tener presente la información necesaria acerca del usuario.		
	3.1. Leer los reportes de las sesiones anteriores.		
	4. Recordar las instrucciones para el resumen y el ejercicio del Paso 4.		
	5. Revisar los indicadores para esta sesión que aparecen en la Lista de Verificación.		
Sesión	1. Recepción del usuario.		5 minutos
	2. Resumen de la sesión anterior.	• Expediente del usuario	5 minutos
	3. Revisión del Auto-registro.	• Copia del Auto-registro para el expediente	10-15 min.
	4. Reflexión con el usuario para ayudarlo a lograr la meta específica del paso.		
	4.1. Discusión del resumen final del tratamiento.		20 minutos
	4.2. Revisión del Ejercicio 4.	• Copia del Ejercicio 4 para el expediente	10 minutos
	5. Cierre de la sesión.		5 minutos
	6. Programación de la primera sesión de seguimiento.		2 minutos
Posteriores a la sesión	1. Elaboración del reporte de la sesión.	• Reporte de Sesión del Paso 2	
	2. Integración del expediente.	• Copia del Ejercicio 4 • Reporte de Sesión del Paso 4	
	3. Auto-evaluación del desempeño del terapeuta.	• Lista de Verificación	



Guía Rápida para el Seguimiento a 1 mes

Momento	Actividades	Materiales	
Previas a la sesión	1. Planear la agenda para la sesión.	Materiales para el terapeuta: <ul style="list-style-type: none"> • Expediente del usuario • Reporte de Sesión de Seguimiento • Lista de Verificación 	
	2. Preparar materiales (para el usuario y para el terapeuta).		
	3. Revisar el expediente para tener la información necesaria acerca del usuario.		
	3.1. Leer los reportes de sesiones anteriores.		
	3.2. Revisar los resultados que obtuvo el usuario en el BEDA, LIBARE, ISCA y CCS.		
	4. Revisar los indicadores para esta sesión que aparecen en la Lista de Verificación.		
Sesión	1. Recepción del usuario.		5 minutos
	2. Recapitulación del proceso de cambio.		5 minutos
	3. Revisión del Auto-registro e indagación sobre el consumo.	• Copia del Auto-registro para el expediente	10-15 min.
	4. Retroalimentar al usuario y ofrecer recomendaciones.	• Cuestionario de Preselección.(Eliminar este instrumento. La retroalimentación se refiere a lo ocurrido con el usuario durante el último mes)	10 minutos
	5. Cierre de la sesión.		5 minutos
	6. Programación de la siguiente sesión.		2 minutos
Posteriores a la sesión	1. Elaboración del reporte de sesión.	• Reporte de Sesión del Seguimiento	
	2. Actualización del expediente del usuario.	• Copia del Auto-registro • Reporte de Sesión de Seguimiento	
	3. Auto evaluación del desempeño del terapeuta a partir de los incisos correspondientes de la Lista de Verificación.	• Lista de Verificación	



Guía Rápida para el Seguimiento a 3 meses

Momento	Actividades	Materiales	
Previas a la sesión	1. Planear la agenda para la sesión.	Materiales para el terapeuta: <ul style="list-style-type: none"> • Expediente del usuario • LIBARE • Reporte de Sesión de Seguimiento • Lista de Verificación 	
	2. Preparar materiales (para el usuario y para el terapeuta).		
	3. Revisar el expediente para tener la información necesaria acerca del usuario.		
	3.1. Leer los reportes de sesiones anteriores.		
	4. Revisar los indicadores para esta sesión que aparecen en la Lista de Verificación.		
Sesión	1. Recepción del usuario.		5 minutos
	2. Recapitulación del proceso de cambio.		5 minutos
	3. Revisión del Auto-registro e indagación sobre el consumo.	• Copia del Auto-registro para el expediente	15-20 minutos
	4. Aplicación de la LIBARE	• LIBARE	10 minutos
	5. Retroalimentar al usuario y ofrecer recomendaciones.		10 minutos
	6. Cierre de la sesión. En esta sesión como parte del cierre, se recuerda al usuario la entrevista que se tendrá con su colateral en su próximo seguimiento.		5 minutos
	7. Programación de la siguiente sesión.		5 minutos
Posteriores a la sesión	1. Elaboración del reporte de sesión.	• Reporte de Sesión del Seguimiento	
	2. Actualización del expediente del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Copia del Auto-registro • Calificación del LIBARE • Reporte de Sesión de Seguimiento 	
	3. Auto evaluación del desempeño del terapeuta a partir de los incisos correspondientes de la Lista de Verificación.	• Lista de Verificación	



Guía Rápida para el Seguimiento a 6 meses

Momento	Actividades	Materiales	
Previas a la sesión	1. Planear la agenda para la sesión.	Materiales para el usuario: <ul style="list-style-type: none"> • Expediente del usuario. • (Elimine la Lista de Verificación) • Entrevista de Seguimiento para el Usuario • LIBARE Materiales para el terapeuta: <ul style="list-style-type: none"> • Expediente del usuario • Reporte de Sesión de Seguimiento • Lista de Verificación • Entrevista de Seguimiento para el Usuario • LIBARE • Entrevista de Seguimiento para el Colateral 	
	2. Preparar materiales (para el usuario y para el terapeuta).		
	3. Revisar el expediente para tener la información necesaria acerca del usuario.		
	3.1. Leer los reportes de sesiones anteriores.		
	3.2. Revisar los resultados del usuario en la LIBARE.		
	4. Revisar los indicadores para esta sesión que aparecen en la Lista de Verificación.		
Sesión	1. Recepción del usuario.		5 minutos
	2. Recapitulación del proceso de cambio.		5 minutos
	3. Revisión del Auto-registro e indagación sobre el consumo.	• Copia del Auto-registro para el expediente	10-15 minutos
	4. Retroalimentar al usuario y ofrecer recomendaciones.		
	5. Aplicar la LIBARE y la Entrevista de Seguimiento para el Usuario. Discutir y recopilar aprobación para la aplicación de la Entrevista de Seguimiento al Colateral (este instrumento se aplica en una sesión diferente).		15-20 minutos
	6. Cierre de la sesión.		5 minutos
	7. Programación de la siguiente sesión.		2 minutos
Posteriores a la sesión	1. Calificar e interpretar la LIBARE.	• LIBARE completada por el usuario	
	2. Elaboración del reporte de sesión.	• Reporte de Sesión del Seguimiento	
	3. Actualización del expediente del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Copia del Auto-registro • Resultados e interpretación de la LIBARE • Entrevista de Seguimiento para el Usuario • Entrevista de Seguimiento para el Colateral • Reporte de Sesión de Seguimiento • Lista de Verificación 	
	4. Auto evaluación del desempeño del terapeuta a partir de los incisos correspondientes de la Lista de Verificación.		



Guía Rápida para el Seguimiento a 12 meses

Momento	Actividades	Materiales	
Previas a la sesión	1. Planear la agenda para la sesión.	Materiales para el usuario: <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista de seguimiento del usuario • LIBARE • BEDA • CCS • Pistas A y B Materiales para el terapeuta: <ul style="list-style-type: none"> • Expediente del usuario • Reporte de Sesión de Seguimiento • Lista de Verificación • Instrumentos de Evaluación: LIBARE, BEDA, CCS y Pistas A y B • Entrevista de seguimiento al colateral 	
	2. Preparar materiales (para el usuario y para el terapeuta)		
	3. Revisar el expediente para tener la información necesaria acerca del usuario.		
	3.1. Leer los reportes de sesiones anteriores.		
	3.2. Revisar los resultados del usuario en la escala BEDA, la LIBARE, el CCS y las subescalas de Pistas A y B.		
	4. Revisar los indicadores para esta sesión que aparecen en la Lista de Verificación.		
Sesión	1. Recepción del usuario.		5 minutos
	2. Recapitulación del proceso de cambio.		5 minutos
	3. Revisión del Auto-registro e indagación sobre el consumo.	• Copia del Auto-registro para el expediente	10-15 minutos
	4. Aplicar la LIBARE, la escala BEDA, el CCS, las subescalas de Pistas A y B, y la Entrevista de Seguimiento al Usuario. Solicitar análisis clínicos (GGT, VCM y HDL, si se aplicaron al inicio). Calificar los instrumentos (decir cuáles se califican allí y qué pasan con los que no) y retroalimentar al usuario.	• Durante la sesión solo se califica e interpreta la escala BEDA y las Subescalas de la Prueba de Pistas A y B	30-40 minutos
	5. Cierre de la sesión.		5 minutos
Posteriores a la sesión	1. Calificar e interpretar la LIBARE.	• LIBARE completada por el usuario	
	2. Elaboración del reporte de sesión.	• Reporte de Sesión del Seguimiento	
	3. Actualización del expediente del usuario.	<ul style="list-style-type: none"> • Copia del Auto-registro • Resultados e interpretación de la LIBARE • Entrevista de Seguimiento al Usuario • Entrevista de Seguimiento al Colateral • Reporte de Sesión de Seguimiento • Lista de Verificación 	
	4. Auto evaluación del desempeño del terapeuta a partir de los incisos correspondientes de la Lista de Verificación.		



Sesión de Admisión

Actividades

- Recolección de información
 - a) Historia de consumo de alcohol
 - b) Consecuencias de la forma de consumo
 - c) Características clínicas que sugieran dependencia severa
 - d) Contraindicaciones para consumir alcohol
 - e) Uso de drogas psicoactivas, antecedentes familiares, y violencia familiar
 - f) Historia de síntomas físicos
- Aplicación del Cuestionario de Pre-selección
- Explicación de las características del Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema
- Aplicación de la Breve Escala de Dependencia sobre Consumo de Alcohol, "BEDA"
- Aplicación de la Prueba de Pistas A y B
- Entrega y firma de la Forma de Consentimiento
- Cierre de la sesión
- Se programa cita para la sesión de evaluación

Fecha: _____

Resumen de la sesión

Recomendaciones para la sesión de evaluación

Materiales de la sesión de admisión

Firma del Terapeuta: _____



Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema
Reporte de la Sesión de Evaluación

Sesión de Evaluación

Actividades

- Recepción del usuario
- Resumen de la Sesión de Admisión
- Aplicación de la Entrevista Inicial
- Aplicación de la Línea Base Retrospectiva LIBARE
- Aplicación del Inventario de Situaciones de Consumo ISCA
- Aplicación del Cuestionario de Confianza Situacional CCS
- Entrega y explicación del Auto-Registro
- Entrega y explicación de la lectura y ejercicios del Paso 1 “Decidir a Cambiar y Establecimiento de Metas”
- Cierre de la sesión
- Se programa cita para la primera sesión de tratamiento

Fecha: _____

Resumen de la sesión

Recomendaciones para la sesión del PASO 1

Materiales de la sesión de evaluación

Firma del Terapeuta: _____



Sesión 1 del tratamiento
PASO 1: Decisión para cambiar y establecimiento de metas

Actividades

- Recepción del usuario
- Resumen de la Sesión de Evaluación
- Revisión del Auto Registro
- Discusión de la primer lectura
 - a) Importancia de tomar una decisión y sus consecuencias
 - b) Costos y beneficios de su consumo actual de alcohol
 - c) Razones de cambio
 - d) Establecimiento de una meta
 - e) Confianza para el logro de una meta
- Ejercicio 1A "Decisión de Cambio"
- Ejercicio 1B "Razones para Cambiar"
- Análisis de los resultados de la Línea Base Retrospectiva (LIBARE)
- Ejercicio 1 C "Establecimiento de Metas"
- Cierre de la sesión
- Entrega y explicación de la segunda lectura y ejercicios
- Programar la cita para la siguiente sesión

Fecha: _____

Resumen de la sesión

Recomendaciones para la sesión del PASO 2

Materiales de la sesión del PASO 1

Firma del Terapeuta: _____



Sesión 2 del tratamiento
PASO 2: Identificar situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso

Actividades

- Recepción del usuario
- Resumen de la Sesión del Paso 1
- Revisión del Auto registro
- Discusión de la segunda lectura
 - a) Énfasis en el cambio como un proceso de aprendizaje “Montaña del Cambio”
 - b) Identificación de las situaciones de riesgo
 - c) Disparadores que favorecen el consumo y consecuencias de éstas
- Ejercicio 2 “Situaciones en las que haya tomado alcohol en exceso”
 - a) Describir las situaciones de alto riesgo
 - b) Identificar precipitadores o disparadores y sus consecuencias
- Análisis de los resultados del ISCA y CCS
- Cierre de la sesión
- Entrega y explicación de la tercer lectura y ejercicios
- Programar la cita para la siguiente sesión

Fecha: _____

Resumen de la sesión

Recomendaciones para la sesión del PASO 3

Materiales de la sesión del PASO 2

Firma del Terapeuta: _____



Sesión 3 del tratamiento PASO 3: Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol

Actividades

- Recepción del usuario
- Resumen de la Sesión del Paso 2
- Revisión del Auto Registro
- Discusión de la tercer lectura
 - a) Importancia de tener varias opciones que le permitan desarrollar estrategias
- Revisión del ejercicio 3 A "Opciones y Probables Consecuencias"
- Revisión del Ejercicio 3 B "Planes de Acción"
- Cierre de la Sesión
- Entrega y explicación del ejercicio cuatro "Nuevo Establecimiento de Metas"
- Programar la cita para la siguiente sesión

Fecha: _____

Resumen de la sesión

Recomendaciones para la sesión del PASO 4

Materiales de la sesión del PASO 3

Firma del Terapeuta: _____



Sesión 4 del tratamiento
PASO 4: Nuevo establecimiento de metas

Actividades

- Recepción del usuario
- Resumen de la sesión del Paso 3
- Revisión del Auto Registro
- Elaboración de la Gráfica de Consumo
- Revisión de los componentes del programa
 - a) Enfatizar la confianza para tener el control en su forma de beber
 - b) Identificar las circunstancias que lo llevan al beber en exceso y sus consecuencias
 - c) Revisión de los planes de acción
 - d) Revisión de los elementos necesarios para mantener el cambio y el logro de su meta
- Ejercicio 4 A "Nuevo Establecimiento de Metas"
- Aplicación del CCS
- Comparación del primer CCS con el segundo
- Cierre de la sesión
- Recordatorio de las sesiones de seguimiento
- Programar la cita para la sesión de seguimiento a 1 mes

Fecha: _____

Resumen de la sesión

Recomendaciones para la sesión de seguimiento al mes

Materiales de la sesión del PASO 4

Firma del Terapeuta: _____



Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema
Reporte de la Sesión de seguimiento a tres meses

**Sesión de Seguimiento
Seguimiento a tres meses**

Actividades

- Recepción del usuario
- Revisión del auto registro
- Revisión de las estrategias utilizadas durante este periodo para afrontar las situaciones de riesgo
- Revisión de las recaídas que se hayan presentado
- Resolver las dudas del usuario, así como el análisis de los problemas relacionados

Fecha: _____

Resumen de la sesión

Recomendaciones para la sesión de seguimiento a los seis meses

Materiales de la sesión de seguimiento a tres meses

Firma del Terapeuta: _____



**Sesión de Seguimiento
Seguimiento a seis meses**

Actividades

- Recepción del usuario
- Revisión del Auto Registro
- Revisión de las estrategias utilizadas durante este periodo para afrontar las situaciones de riesgo
- Revisión de las recaídas que se hayan presentado
- Resolver las dudas del usuario, así como el análisis de los problemas relacionados
- Entrevista de Seguimiento del Usuario
- Entrevista de Seguimiento al Colateral
- Aplicación de la Línea Base Retrospectiva

Fecha: _____

Resumen de la sesión

Recomendaciones para la sesión de seguimiento a los doce meses

Materiales de la sesión de seguimiento a seis meses

Firma del Terapeuta: _____



Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema
Reporte de la Sesión de seguimiento a doce meses

**Sesión de Seguimiento
Seguimiento a doce meses**

Actividades

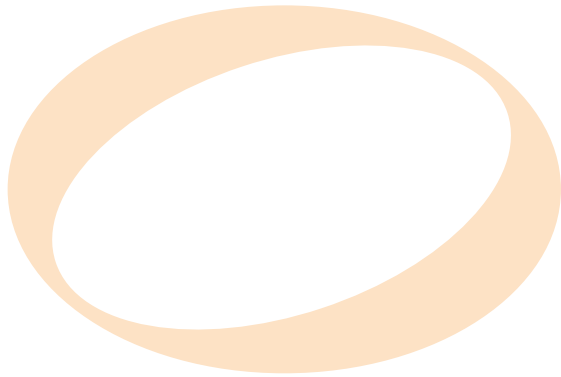
- Recepción del usuario
- Revisión del auto registro
- Revisión de las estrategias utilizadas durante este periodo para afrontar las situaciones de riesgo
- Revisión de las recaídas que se hayan presentado
- Resolver las dudas del usuario, así como el análisis de los problemas relacionados
- Entrevista de Seguimiento del Usuario
- Entrevista de Seguimiento al Colateral
- Aplicación de la Prueba de Pistas A y B
- Aplicación del BEDA
- Aplicación del ISCA
- Aplicación del CCS
- Aplicación de la Línea Base Retrospectiva

Fecha: _____

Resumen de la sesión

Materiales de la sesión de seguimiento a doce meses

Firma del Terapeuta: _____



IV

Manual del usuario: Guía para personas que quieren cambiar su forma de beber¹

¹Desarrollo y evaluación de Intervenciones Preventivas para Comportamientos Adictivos en Comunidades Urbanas y Rurales de México. Proyecto Financiado por CONACYT. Registro Num. G 36266-H.

Índice

INTRODUCCIÓN	163
PASO 1: DECIDIR CAMBIAR Y ESTABLECIMIENTO DE METAS Ejercicio 1 A Ejercicio 1B FIJAR UNA META RESPECTO A MI CONSUMO DE ALCOHOL Ejercicio 1C	165
PASO 2: IDENTIFICAR LAS SITUACIONES QUE ME PONEN EN RIESGO DE BEBER EN EXCESO Ejercicio 2	173
PASO 3: ENFRENTAR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL Ejercicio 3A Ejercicio 3B	183
PASO 4: NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS	195

Introducción

Esta guía está dirigida a personas que no tienen problemas severos de alcohol. Está diseñado para ayudar a individuos como usted, a los que les preocupa su consumo de alcohol y que desean cambiar su forma de beber, ya sea manteniendo un consumo moderado o decidiéndose por la abstinencia.

Trabajando con esta guía, usted aprenderá a evaluar los pros y contras de su actual forma de beber, determinará que cambios está dispuesto a hacer, reconocerá y utilizará sus propios medios y recursos a fin de decidir su meta de consumo de alcohol.

Esta guía incluye lecturas y ejercicios que le llevarán a cambiar su forma de consumo mediante los siguientes pasos:

- **PASO 1 - Decidir cambiar y establecer una meta de consumo**
- **PASO 2 - Identificar las situaciones que ponen en riesgo de beber en exceso**

- **PASO 3 – Enfrentar los problemas relacionados con el alcohol**
- **PASO 4 – Nuevo establecimiento de metas**

Lea esta guía a su propio ritmo. Las personas que la han utilizado, han encontrado útil completar un paso en cada semana y la han concluido en un mes. Le recomendamos que acuda con su terapeuta al término de cada paso para que aclare sus dudas y lo apoye a realizar cada uno de los pasos.

Al final de esta guía encontrará dos formatos (Línea Base Retroactiva y Auto Reporte) con sus instrucciones de llenado. El primero de ellos le servirán para que analice con el terapeuta su consumo de alcohol en los últimos meses. El segundo les permitirá conocer sus avances semanales en cuanto a su consumo. Le recomendamos escribir diariamente la información que se le pide. Esto le facilitará a reconocer sus situaciones de alto riesgo y seleccionar las mejores estrategias para enfrentarlas.

Paso 1. Decidir cambiar y establecimiento de metas

Usted está iniciando un programa de tratamiento, el cual requiere que tome algunas decisiones.

Esta sesión está destinada para ayudarle a:

1. Identificar situaciones que lo pueden conducir a abusar del alcohol.
2. Tomar conciencia de las decisiones que tome y de las consecuencias que éstas tendrán.
3. Pensar acerca de los pros y los contras que tiene para usted el uso del alcohol.
4. Pensar en lo que significa para usted la decisión de cambiar su consumo problemático de alcohol.

Antes de continuar sería útil que conociera dos términos que se usarán en este programa: **valorando decisiones y consecuencias**.

a) VALORANDO DECISIONES

- Cuando usted va a tomar una decisión, normalmente considera los pros y los contras de lo que va a hacer; ya sea si se trata de decidir ir a la escuela, decidir casarse, o bien, dejar de consumir en forma excesiva el alcohol.
- Usted podría haber estado abusando del alcohol debido a que considera que los beneficios de consumirlo son mayores que los de dejarlo o de reducir su consumo.
- Es importante señalar que lo que puede ser un

beneficio o un costo para usted, puede no serlo para alguien más.

- El valorar decisiones involucra elecciones personales, por lo que es normal tener sentimientos mezclados o ambivalentes.

b) CONSECUENCIAS

- Estas son el resultado de su consumo de alcohol
- Las consecuencias pueden ser tanto negativas como positivas
- Por ejemplo, a corto plazo, el uso del alcohol puede ayudarlo a relajarse, pero a largo plazo esta conducta puede arruinar sus relaciones, o afectar su trabajo

Sorprendentemente, muchas personas son capaces de solucionar su problema de consumo excesivo de alcohol sin tratamiento. Cuando a estas personas se les pregunta cómo lograron este cambio, responden que "simplemente se decidieron". Las siguientes son descripciones de personas que tomaron la decisión de cambiar y tuvieron éxito:

- **Persona # 1:** Evaluó los pros y los contras de su forma de beber haciendo un listado de todos ellos. Cuando terminó, se dio cuenta que sus problemas en el trabajo, con la familia y la salud habían estado aumentando. El motivo que lo impulsó a dejar de beber fue que su hijo lo llamara "borracho".



- **Persona # 2:** Se dio cuenta de las consecuencias negativas que el alcohol le producía, pues sentía que su vida se destrozaba en cuanto a salud, trabajo y vida personal. Se dio cuenta, que la bebida le estaba quitando lo mejor de su persona
- **Persona # 3:** Mientras una mujer se miraba al espejo tomando unas copas en un bar, evaluó los efectos negativos que sobre su vida tenía el alcohol: problemas de autoestima, económicos y de inseguridad laboral. Además, consideró que ya no era muy joven, estaba por cumplir los 50 años. Estos fueron algunos elementos que le permitieron decidir renunciar a la bebida de manera intempestiva

Estas personas evaluaron las consecuencias de su consumo de alcohol, a esto se le llama **hacer un balance**. Este balance se hace antes de decidir cambiar su forma de beber.



Observe la balanza, de un lado se encuentran los pros o beneficios que se obtiene al consumir alcohol, del otro están los costos que trae consigo el beber. La balanza equilibrada, indica que los pros y los contras de tomar alcohol son iguales. Lo que indica que nada presiona a la persona para cambiar su actual comportamiento. Si añadimos peso a cualquier lado ocurrirá un desequilibrio.

- **Para cambiar, se necesita inclinar la balanza.** Evalúe personalmente su problema, de manera que los aspectos negativos sobrepasen a los positivos.
- Este proceso de **decidir cambiar**. Lo hacemos todo el tiempo: valoramos los aspectos positivos y negativos del comportamiento que queremos cam-

biar. Por ejemplo, las personas evalúan los pros y los contras de hacer cambios en el trabajo, o en sus relaciones personales.

- **Tomar una decisión sobre beber o no y cuánto beber**, es lo mismo que tomar decisiones en otras áreas de la vida.
- Es posible que beber haya llegado a ser la parte más importante de su vida y que usted piense que dejarlo podría ser como abandonar a un buen amigo. Es necesario que se **valore el costo y el beneficio real de continuar bebiendo como hasta la fecha**.
- Cuando realice este **balance** pregúntese: ¿qué puedo perder o ganar al continuar bebiendo? Y recuerde que lo que puede ser un beneficio para usted, puede no serlo para otra persona. También recuerde que lo que era un beneficio antes, puede no serlo actualmente.

En algún momento al consumir alcohol pudo haber tenido un beneficio real –relajación, diversión, reducción del estrés–. Sin embargo, al leer este folleto, debe reconsiderar esos beneficios y concentrarse en los costos de su conducta.

Considere los siguientes puntos:

- El cambio, es elección personal
- Usted tiene que decidir cuándo es suficiente
- Usted es el único que puede decidir cuál es el costo de beber para usted

Pregúntese: ¿Qué es lo que tendrá que hacer para inclinar la balanza y empezar a cambiar?

- Durante esta sesión es común sentir ambivalencia. Este sentimiento de indecisión es normal
- Su recuperación debe pensarla como una meta a largo plazo
- En su camino hacia la meta (por ejemplo, dejar de consumir alcohol en exceso) encontrará encrucijadas donde tendrá que tomar decisiones
- Todos los individuos que se aventuran a hacer cambios encontrarán retos. Algunos retos serán difíciles otros no. Lo importante es su grado de compromiso

Practicando el cambio

- Ahora usted debe de estar listo para identificar los beneficios y los costos de su consumo de alcohol
- Los siguientes dos días dedique algunas horas a examinar cuidadosamente los aspectos positivos y negativos de su consumo
- Escoja un momento en que no esté alterado o distraído y enliste honesta y seriamente las consecuencias de su consumo
- Si ahora tiene algún sentimiento ambivalente recuerde que esto es normal. Relájese, tómese su tiempo y no se apresure a realizar este ejercicio
- También recuerde que su problema de alcohol no se desarrolló de la noche a la mañana por lo que le tomará tiempo examinar los beneficios y los costos de su consumo
- Cuando decida que está listo, complete las tareas que vienen aquí y tráigalas a la siguiente sesión

Las siguientes actividades: "**Decidir cambiar**" y "**Razones para el cambio**", le ayudarán a evaluar su situación.

La decisión de cambiar es SUYA

DECIDIR CAMBIAR

Uno de los primeros pasos para decidir cambiar su forma de beber, consiste en analizar los beneficios y

los costos de continuar bebiendo como hasta la fecha, contra los beneficios y costos que le traerá cambiar.

A continuación se muestra un ejemplo de un ejercicio que le solicitaremos realizar al término de esta sección. Si usted identifica que los beneficios o ventajas de cambiar su forma de beber consisten en mejorar su salud, su relación familiar, en tener menos problemas en el trabajo, obtener más dinero y más control sobre su conducta, describa esto en la columna "CAMBIAR MI FORMA DE BEBER" en el renglón "BENEFICIOS".

Si identifica como beneficios de continuar con su forma de beber el relajarse, divertirse, sentirse bien y olvidarse de sus problemas; escríbalos en la columna "CONTINUAR CON MI FORMA DE BEBER" en el renglón "BENEFICIOS":

Si identifica que los costos de continuar bebiendo consisten en que sus amigos que no beben tanto como usted. se molestan por su conducta, en que tendrá problemas de dinero y familiares, que puede perder el trabajo y su relación de pareja. Y que su salud seguiría empeorando, anote eso en la columna de "CONTINUAR CON MI FORMA DE BEBER" en el renglón "COSTOS".

Finalmente si identifica que los costos de cambiar su forma de beber serán que no tendrá forma de relajarse, se sentirá deprimido, le faltará emoción y diversión, y que perderá el placer de la bebida, anótelos en la columna de "CAMBIAR MI FORMA DE BEBER" en el renglón "COSTOS".

EJERCICIO 1A: DECISIÓN DE CAMBIO

	CAMBIAR MI FORMA DE BEBER	CONTINUAR CON MI FORMA DE BEBER
BENEFICIOS	<i>Mejorar mi salud Mejorar mi relación con mi familia Tener menos problemas en el trabajo Tener más dinero en la bolsa Tener más control sobre mi comportamiento</i>	<i>Me ayuda a relajarme Me divierto Se siente bien beber Me olvido de mis problemas</i>
COSTOS	<i>No tendré forma de relajarme Me sentiré deprimido Me faltará emoción y diversión Perderé el placer de la bebida</i>	<i>Los amigos y compañeros que no beben tanto como yo, estarán molestos conmigo Tendré problemas de dinero Tendré problemas familiares Puedo perder el trabajo Podría llegar a romper una relación de pareja Seguiré empeorando mi salud</i>



Ahora realice el ejercicio siguiente, escribiendo los beneficios y los costos que le implicarán cambiar su forma de beber así como los beneficios y los costos que recibirá si continua bebiendo.

EJERCICIO 1A: DECISIÓN DE CAMBIO

	CAMBIAR MI FORMA DE BEBER	CONTINUAR CON MI FORMA DE BEBER
BENEFICIOS		
COSTOS		

Ahora en el siguiente ejercicio que realizará (“**RAZONES PARA CAMBIAR**”), deberá pensar en las tres razones más importantes, que le llevarán a tomar la decisión de iniciar un cambio en su forma de beber. Esta actividad se le facilitará si considera lo que anotó en el ejercicio

anterior en la columna “Cambiar mi forma de beber” y el renglón “Beneficios”. Para hacerlo, recomendamos escoja un momento en el que esté tranquilo y pueda concentrarse. A continuación le mostramos un ejemplo a partir del ejercicio anterior de cómo resolverlo.

EJERCICIO 1B: RAZONES PARA CAMBIAR

Las razones más importantes por las cuales quiero cambiar mi forma de beber son:

1. *Mejorará mi salud ya que he tenido problemas tales como dolores por la gota y comentarios como que mi apariencia refleja cansancio y malestar.*
2. *Mejorará mi relación de pareja, ya que mi esposa y yo discutimos frecuentemente debido a mi forma de beber. Continuamente nos agredimos y peleamos.*
3. *Llegaré al trabajo con un aspecto de higiene y lograré concentrarme mejor obteniendo mejores resultados en mi desempeño laboral.*



Ahora anote sus "Razones para Cambiar".

EJERCICIO 1B: RAZONES PARA CAMBIAR

Las razones más importantes por las cuales quiero cambiar mi forma de beber son:

1. _____

2. _____

3. _____

FIJAR UNA META RESPECTO A MI CONSUMO DE ALCOHOL

Ahora que ha reflexionado sobre los costos y beneficios de su forma de beber y ha identificado las razones para cambiar su consumo de alcohol, deberá fijarse una meta. Pero antes de hacerlo responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuánto está bebiendo actualmente?

Para contestar esta pregunta de una manera más objetiva, deberá determinar la cantidad de alcohol que está bebiendo, consultando la siguiente tabla:



BEBIDA	EQUIVALE A:
1 cerveza de (341 ml) 1 copa de vino de mesa (142 ml) 1 copa de destilado (43 ml)	1 trago estándar
1 botella de vino de 750 ml	6 tragos
1 litro de pulque	3 tragos
1 botella de destilados 340 ml	8 tragos
1 botella de destilados de 750 ml	17 tragos
Destilado = ron, tequila, mezcal, aguardiente, brandy, ginebra, vodka.	

Tomando en cuenta los resultados de la *Línea Base Retrospectiva de Alcohol* (ver Anexo), pida a su terapeuta que le proporcione la información que se le pide en los siguientes cuadros (estos cuadros los llenará junto con su terapeuta el día de su primera sesión).

	Resultado
Su consumo total anual de tragos estándar es de:	
Su consumo total semanal de tragos estándar es de:	
Su número promedio de tragos en un día de consumo es de:	
El máximo número de tragos que tomó en un día en los últimos 30 días y en el último año fue:	

Durante el año pasado:	Resultado
No bebió	%
Bebió moderadamente (de 1 a 4 tragos por ocasión)	%
Bebió excesivamente (de 5 a 10 tragos por ocasión)	%
Bebió muy excesivamente (más de 10 tragos por ocasión)	%

2. ¿Debe disminuir su forma de consumo actual o debe suspender su consumo de alcohol?

Conteste las siguientes preguntas:

¿Sufre de temblores por la mañana después de haber bebido? _____

Después de haber bebido en exceso. Al dejar de beber ¿Siente angustia por uno o dos días? _____

¿Tiene algún problema de salud severo? (hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón hígado etc.) _____

¿Está a punto de perder su empleo? _____

¿Tiene problemas serios con su pareja? (amenaza de divorcio o separación) _____

¿Está seguro de no poder beber más de una a cuatro copas estándar por ocasión? _____

Si contestó que sí a algunas de las anteriores preguntas lo más recomendable es decidirse por no beber en absoluto.

Si no tiene ninguno de los problemas antes mencionados, pero está bebiendo más del límite seguro, (ver cuadro de abajo), puede elegir entre no beber en absoluto o disminuir su consumo.

LÍMITES DE CONSUMO SEGUROS

- No beber más de 12 tragos estándar por semana, si es hombre
- No beber más de 9 tragos estándar por semana, si es mujer
- No beber más de 4 tragos estándar por ocasión, si es hombre
- No beber más de 2 o 3 tragos estándar por ocasión, si es mujer
- Beber solo un trago estándar por hora

RECOMENDAMOS:

Beber menos del límite seguro, si:

- Va a conducir un auto o va a operar alguna maquinaria (*aún una copa puede afectar el tiempo de reacción*)
- Tiene un problema de salud que puede empeorar por el alcohol, por ejemplo: gastritis, una úlcera gástrica o enfermedad hepática (*consulte a su médico*)
- Toma medicamentos contraindicados con el uso del alcohol (*consulte a su médico*)
- Hay embarazo (*beber regularmente pequeñas*

cantidades de alcohol o beber grandes cantidades en forma ocasional puede afectar al feto)

AHORA FIJE SU META DE CONSUMO DE ALCOHOL

Complete el ejercicio "Establecimiento de Meta" de la siguiente página. Es importante que a partir de este día compare su auto-registro (ver Anexo), con la meta que se ha fijado. Si encuentra dificultad en alcanzarla o mantenerla, debe comentarlo con su terapeuta a fin de que ambos consideren otras posibilidades.

EJERCICIO 1C. ESTABLECIMIENTO DE METAS

¿Qué meta elegiré?

¿No beber en absoluto, o disminuir su consumo de alcohol?

Ahora marque en el cuadro 1 o en el cuadro 2 la meta que desea alcanzar

Mi meta es:

Cuadro 1

NO BEBER EN ABSOLUTO

Si marcó esta meta inicie el Paso 2. Identificar las situaciones que me ponen en riesgo de beber en exceso e inicie su auto-registro.

Cuadro 2

DISMINUIR MI CONSUMO

Si usted quiere disminuir su consumo de alcohol, debe continuar leyendo y resolviendo esta sección

Ya que ha decidido disminuir su consumo de alcohol es necesario que revise detenidamente la siguiente información:

1 Trago estándar es igual a:

1 cerveza (340 ml)
 1 tornillo de pulque (340 ml)
 1 copa de vino de mesa (142 ml)
 1 copa de licor o destilado (43 ml)
 (ginebra, whisky, vodka, tequila, ron, aguardiente, etcétera.)

- Es importante tener días de no consumo y días de consumo en una semana. Ya que los días de abstinencia ayudan a evitar el desarrollo de la tolerancia al alcohol
- Es importante estar descansado, relajado y sin presiones cuando usted decida beber
- Saciar su sed antes de empezar a consumir alcohol
- Haber comido antes de consumir
- Botanear mientras consume alcohol
- Tomar una copa por hora (trago estándar)



- Dejar pasar 20 minutos entre copa y copa, pensando si realmente quiere la siguiente
- Poner el vaso lejos de su alcance
- Tomar como máximo 4 tragos estándar por ocasión si es hombre y 3 si es mujer

Como su meta es beber moderadamente, es necesario que defina cómo se propone beber de ahora en adelante:

1. En un **DÍA PROMEDIO** cuando beba, planeo beber **NO MÁS DE** _____ tragos estándar durante ese día.
2. Durante una **SEMANA PROMEDIO**, planeo beber **NO MÁS DE** _____ días. (Si planea beber menos de un día por semana ponga una marca en este lugar)_____.

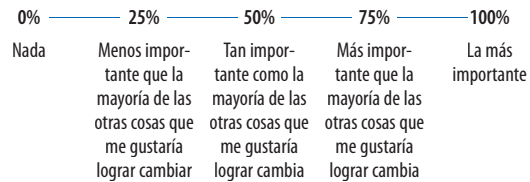
Recuerde que esta iniciando un cambio, evite por lo pronto, situaciones o circunstancias en donde considere que va a ser muy difícil controlar su consumo, ahora conteste las siguientes preguntas.

3. Planeo **NO BEBER EN ABSOLUTO** en las siguientes circunstancias:

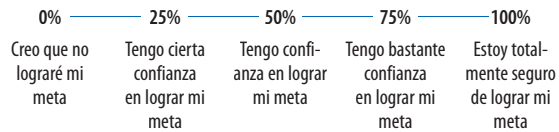
4. Planeo beber **SOLAMENTE** en las siguientes circunstancias:

Usted ya ha descrito su meta de consumo para las siguientes semanas. ¿Qué tan motivado se siente para cambiar su actual forma de beber? De acuerdo a esa meta, conteste las siguientes dos preguntas marcando con una "X" la respuesta que más se acerque a lo que siente:

- 1.- En este momento, ¿qué tan importante es para mi lograr la meta establecida?



2. En este momento, ¿qué tan confiado me siento en lograr la meta establecida?



Paso 2. Identificar Situaciones que me ponen en Riesgo de Beber en Exceso

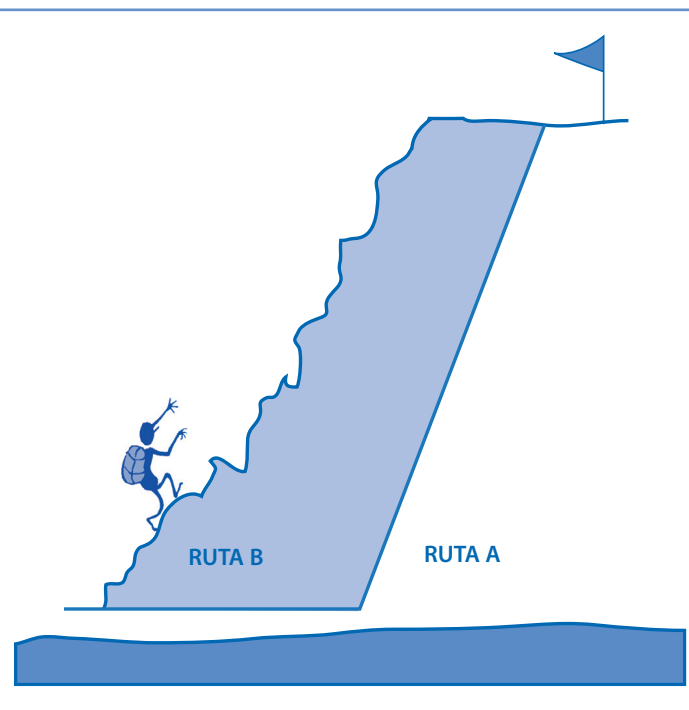
En general, el que una persona consuma alcohol en exceso no se desarrolla de la noche a la mañana. El dejar de hacerlo requiere generalmente de tiempo y de un esfuerzo sostenido. Algunas personas cuando deciden modificar su forma de beber lo pueden hacer de forma inmediata. Pero para la mayoría de la gente esto les toma más tiempo. El tratar de cambiar la forma en que uno bebe, se pue-

de a menudo comparar con escalar una montaña. El caminar hacia la cima le permite ir ascendiendo. Algunas veces puede tropezar o caer en el camino (caídas repentinas que lo alejan un poco de su meta). Es importante que esté preparado si esto le sucede. La forma en que reaccione ante esas recaídas o tropiezos, será muy importante para alcanzar la meta que se ha fijado.

Montaña del éxito

Algunas personas son capaces de alcanzar su meta tomando el camino más corto, sin tropiezos (RUTA A), sin embargo, también se puede llegar a la meta por otro camino.

Probablemente con algunos tropiezos, en donde lo importante es aprender de éstos, para llegar a la cima. (RUTA B.).





El proceso de cambiar su forma de beber es similar al que sucede cuando una persona decide ponerse a dieta. Si la rompe con un alimento no permitido, esto le puede afectar de una de las siguientes maneras:

- Lo puede considerar como un fracaso y decidir que no tiene la determinación para continuar. Así que simplemente se desiste y regresa a su antigua forma de comer abandonando su meta inicial de mejorar su salud y aspecto.
- Lo puede considerar como un obstáculo momentáneo, el cual retrocede un poco la obtención de su meta. No obstante este tropiezo, la continúa con determinación hasta lograrla.

Cuando una persona decide cambiar su forma de beber siempre existe la posibilidad de una caída (como cuando se escala una montaña). Y si esto pasa, su forma de reaccionar es importante. Se debe analizar que tanto se ha avanzado y el camino que se ha recorrido. Esto le ayudará a decidir continuar ascendiendo. Si se está preparado a aceptar la caída como un contratiempo temporal, y seguir avanzando hacia la meta, estará en mejores condiciones para llegar a ella. Las subidas y bajadas en el camino lo pueden retrasar. Pero no deben detenerlo. Si permite que el tropiezo lo desanime, y simplemente se da por vencido, no llegará a la cima de la montaña. Y si alguna vez decide tratar de subirla, le va a ser más difícil hacerlo.

Esta sección le ayudará a detectar cuando está en peligro de abusar del alcohol, y le ayudará a planear cómo enfrentarse a esas situaciones.

A continuación le ayudaremos a identificar las circunstancias que favorecen el que usted decida beber alcohol en exceso y a analizar las consecuencias que ha recibido por hacerlo. Esto le ayudará entender, qué le hace tomar alcohol y por qué en ciertas ocasiones lo bebe en mayor cantidad.

¿Cómo identificar las situaciones de alto riesgo?

En la vida diaria, nos encontramos con una serie de circunstancias que disparan el que uno tome alcohol. Estas varían de una persona a otra, por ejemplo, alguien puede seguir tomando si está rodeado de amigos que

le invitan a “tomarse la última”. Mientras que esta misma situación para otra persona no le influiría para tomar más. El sentirse enojado o triste a algunas personas “les hace sentir la necesidad de tomar”. Le invitamos a que en este momento piense en las ocasiones en las que ha bebido en exceso y trate de identificar cuáles son las circunstancias que en su caso particular, influyeron en beber alcohol de esa manera. Se le puede facilitar identificando estos disparadores si considera aspectos tales como: Tener alcohol disponible en casa, el estar acompañado por amigos que les gusta tomarse unos tragos cada vez que se reúnen, el sentirse enojado, aburrido, deprimido, contento o tenso, el estar en lugar especial de la casa o un bar o, en ciertos momentos del día o de la semana (los viernes por la noche por ejemplo), el tener ciertos pensamientos como “he trabajado tanto, que ya me merezco un trago”, cuando ve el fútbol con sus amigos, etcétera.

También se puede decidir beber en exceso con el propósito de obtener ciertos “beneficios”, como por ejemplo: “querer sentirse más contento en una fiesta”; “buscar olvidarse de los problemas de la oficina”; “considerar relacionarse más fácilmente con otras personas”; “querer disfrutar más de las relaciones sexuales”, etcétera.

Estos “beneficios” o propósitos que la persona cree o busca obtener al beber alcohol son los que nos permiten explicar y entender por qué el tomar alcohol es una actividad que se realiza frecuentemente y cada vez en mayor cantidad.

Si piensa en las ocasiones en que ha bebido en exceso, seguramente identificará los beneficios o propósitos que ha buscado alcanzar tomando alcohol.

La persona que bebe demasiado, recibe siempre consecuencias a esta conducta. Algunas de éstas suceden inmediatamente, es decir, en el mismo momento que está tomando. Pero otras, ocurren después (consecuencias demoradas).

Algunas consecuencias pueden serle útiles, ya que pudieran hacer sentir a la persona “tranquila y relajada”. Pero la gran mayoría de las consecuencias son dañinas, y algunas, inclusive ponen en riesgo la

propia vida y la de otras personas. Pueden exponerlo a graves enfermedades incurables del hígado o de los riñones, o en riesgo de morir por intoxicación, o de padecer una serie de malestares físicos que aparecen al día siguiente de haber tomado en exceso. Le hacen sentir mucha angustia o enojo si no se ha tomado alcohol durante cierto tiempo, sentir que no se tiene control sobre la cantidad de copas que toma, una vez que prueba la primera, tener disgustos y pleitos con la pareja, amigos y otros familiares, poner en riesgo el matrimonio, estar en riesgo de perder el trabajo, tener deudas económicas, enfrentarse a problemas con la justicia, sufrir accidentes etcétera.

Si usted ya está sufriendo algunas de estas consecuencias, es el momento de que haga algo para controlar la cantidad y la forma en la que esta to-mando alcohol.

En este momento usted ha recordado ciertas ocasiones en las que su consumo ha sido excesivo, ha identificado los disparadores que favorecen el que ingiera alcohol, así como las consecuencias que en su habitual forma de vida, le ocasiona el beber en exceso. El identificar y tener a la mano esta información le permitirá entender por qué se excede cuando bebe y podrá también tener elementos que le permitirán decidir las estrategias para cambiar, sin tanto esfuerzo, su actual forma de beber.

A continuación se le presentará el ejemplo de una persona que toma alcohol en exceso, se identificarán las situaciones o disparadores que influyeron para que tomara de esa manera, así como las consecuencias que le ocasionó este consumo. Este ejemplo le apoyará para realizar ejercicios semejantes que le pediremos llevar a cabo al término de esta sección.



EJERCICIO 2: SITUACIÓN EN LA QUE HAYA TOMADO ALCOHOL EN EXCESO

1.- Describa brevemente y en forma general una SITUACIÓN EN LA QUE TOMO ALCOHOL EN FORMA EXCESIVA O PROBLEMÁTICA:

Cuando voy con amigos del trabajo a una fiesta y bebí 15 cubas o más.

2.- Describa los DISPARADORES QUE FAVORECIERON el que usted tomara alcohol en exceso en esa situación:

El que estos amigos siempre me insisten en que tome unos tragos con ellos, el que era viernes por la noche y me sentía cansado con ganas de tranquilizarme y pensaba que me merecía echarme unos tragos, además como fuimos a casa de uno de ellos en la que yo me siento en confianza me puedo servir como si estuviera en mi casa y no necesito gastar dinero.

Cuando tenga que describir su propio ejemplo le puede ser útil considerar su **estado físico** (por ejemplo, si se sentía cansado, relajado, tenso, etc.), su **estado emocional** (por ejemplo, si estaba usted enojado, contento, triste, etc.), sus **pensamientos** (por ejemplo si estaba pensando que: “merecía descansar”, “había sido una semana pesada y merecía divertirse”, “fue un día de muchas presiones y merecía distraerse y olvidarse de los problemas”; la **presencia de ciertas personas** (por ejemplo: amigos con los que acostumbra tomar al salir del trabajo) y si éstos insistían en ofrecerle tragos o brindar; **el lugar** (por ejemplo si fue en un lugar en el que acostumbra reunirse para tomar), **los tiempos** (por ejemplo si fue en una hora específica que acostumbran reunirse, o en un momento específico en que usted se encuentra solo), **qué estaba haciendo** cuando ocurrió la situación (por ejemplo: estaba bailando, platicando, jugando dominó).

3.- Describa los tipos de CONSECUENCIAS que le ocurrieron por haber tomado alcohol en exceso en esa ocasión:

Durante la fiesta me sentí al principio a gusto relajado, contento, con ganas de platicar, de bailar. Pero después, empecé a sentirme molesto con todos los que me rodeaban, opinaba yo totalmente diferente que ellos, empecé a discutir con uno de ellos alzamos la voz, llegamos a los golpes y creo haberlo lastimado, alguien nos separo a partir de ahí no me acuerdo qué más sucedió. Al otro día amanecí en casa de este amigo quien estaba molesto conmigo, y al llegar a casa mi esposa no me dirigió la palabra en todo el día, mis hijos me evitaban y no me sentía con ánimos de acercarmeles ni de poder corregirlos cuando se portaban mal; físicamente estaba tan mal que casi no me pare de la cama, me ardía el estómago, me sentía mareado, con mucha sed, me temblaban las manos.

Para identificar estas consecuencias, asegúrese de considerar tanto las consecuencias **INMEDIATAS** (lo que sucedió mientras estaba bebiendo) y las consecuencias **DEMORADAS** (lo que sucedió después o cierto tiempo después, pero relacionado con su forma de consumo). También, debe asegurarse de considerar las consecuencias **NEGATIVAS** y **POSITIVAS** para usted.

Ahora está listo para realizar el ejercicio que se le presentará a continuación. En él tendrá que describir tres ocasiones en las que haya tomado alcohol en exceso identificando en cada una de ellas los disparadores que las favorecieron y las consecuencias que recibió.

Inicie el ejercicio con la situación de consumo excesivo que usted considere es la más frecuente, anote la información en el orden en que se le pide; una vez que haya concluido la descripción de la primera situación siga los mismos pasos para las dos situaciones más que se le piden.



EJERCICIO 2: SITUACIÓN EN LA QUE HAYA TOMADO ALCOHOL EN EXCESO

1.- Describa brevemente una situación en la que haya tomado alcohol en exceso. Inicie especificando aquella que usted considere como LA MÁS FRECUENTE.

2.- Describa lo más específicamente posible los DISPARADORES QUE FAVORECIERON el que tomara alcohol en exceso, en esa ocasión:

3.- Describa lo más específicamente las CONSECUENCIAS que tuvo ante esta situación, por haber tomado alcohol en exceso. Recuerde considerar las consecuencias INMEDIATAS y DEMORADAS y también las consecuencias NEGATIVAS y POSITIVAS:

4.- ¿Qué tan frecuentemente ocurrió esta situación durante el año pasado? _____
De todos sus episodios de consumo excesivo, ¿qué porcentaje de éstos, sucedieron en este tipo de situaciones? (Por ejemplo, si fue una de cada tres veces, usted debe anotar 33%).



2da. SITUACIÓN EN LA QUE HAYA TOMADO ALCOHOL EN EXCESO

1.- Describa brevemente una situación en la que haya tomado alcohol en exceso.

2.- Describa lo mas específicamente posible los DISPARADORES QUE FAVORECIERON el que tomara alcohol en exceso, en esa ocasión:

3.- Describa lo mas específicamente las CONSECUENCIAS que tuvo ante esta situación, por haber tomado alcohol en exceso. Recuerde considerar las consecuencias INMEDIATAS y DEMORADAS y también las consecuencias NEGATIVAS y POSITIVAS:

4.- ¿Qué tan frecuentemente ocurrió esta situación durante el año pasado? _____
De todos sus episodios de consumo excesivo, ¿qué porcentaje de éstos, sucedieron en este tipo de situaciones? (Por ejemplo, si fue una de cada tres veces, usted debe anotar 33%).



3era. SITUACIÓN EN LA QUE HAYA TOMADO ALCOHOL EN EXCESO

1.- Describa brevemente una situación en la que haya tomado alcohol en exceso.

2.- Describa lo mas específicamente posible los DISPARADORES QUE FAVORECIERON el que tomara alcohol en exceso, en esa ocasión:

3.- Describa lo mas específicamente las CONSECUENCIAS que tuvo ante esta situación, por haber tomado alcohol en exceso. Recuerde considerar las consecuencias INMEDIATAS y DEMORADAS y también las consecuencias NEGATIVAS y POSITIVAS:

4.- ¿Qué tan frecuentemente ocurrió esta situación durante el año pasado? _____
De todos sus episodios de consumo excesivo, ¿qué porcentaje de éstos, sucedieron en este tipo de situaciones? (Por ejemplo, si fue una de cada tres veces, usted debe anotar 33%).



HOJAS DE APOYO PARA REALIZAR LOS EJERCICIOS DEL PASO 2 Y 3

Las siguientes hojas son algunas sugerencias que podrían ayudarle al realizar sus ejercicios.

1. ¿De qué manera se relaciona su estilo de vida con su forma de beber?

Ya que el alcohol ha formado parte importante en su vida, pueden ser necesarios cambios en el estilo de vida para cambiar su actual forma de beber.

Las siguientes son algunas de las cosas que tal vez quisiera considerar para completar los dos siguientes ejercicios de esta guía. Piense de qué manera su estilo de vida se relaciona con su manera excesiva de beber. Analice las siguientes áreas de su vida:

- **DISPONIBILIDAD DE ALCOHOL** ¿Es más probable que usted consuma en exceso si el alcohol se encuentra disponible, a la mano? Tiene en casa varias botellas, siempre hay cerveza en el refrigerador.
- **TIEMPO QUE OCUPA EN ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL ALCOHOL.** Si emplea una gran cantidad de tiempo de esta manera, puede ser necesario ocupar este tiempo en otras actividades. Cuando ve la televisión bebe, cuando juega con sus amigos dominó, bebe. El domingo después del partido de fútbol bebe.
- **RELACIONES CON COMPAÑEROS, QUE TIENEN PATRONES DE CONSUMO SEMEJANTES.** En algunos casos, un cambio en las relaciones sociales puede ser necesario para evitar el uso excesivo del alcohol. Por ejemplo, si su grupo de amigos bebe mucho, probablemente sería necesario evitar reunirse con ellos, sobre todo en un principio. Entonces hay que pensar en otros amigos.

PREGUNTAS EN QUÉ PENSAR CUANDO EVALUE SUS SITUACIONES DE ALTO RIESGO

La siguiente tabla presenta una lista de preguntas y categorías que pueden ayudarle en la prepara-

ción de sus respuestas a los siguientes ejercicios en esta guía.

PREGUNTAS

- ¿En dónde y cuándo consume en forma excesiva?
- ¿Qué otras personas están presentes en estas ocasiones y cómo actúan?
- ¿Cómo se siente ANTES de consumir alcohol y cómo se siente DESPUÉS de haber empezado a beber?
- ¿Qué pensaba JUSTO ANTES de usar alcohol?
- ¿Qué consigue bebiendo? ¿Qué FINALIDAD tiene para usted?

CATEGORIAS GENERALES DE DISPARADORES DE CONSUMO EXCESIVO

- Su estado emocional (ejemplo: enojado, deprimido, contento, celoso, triste)
- Su estado físico (ejemplo: relajado, tenso, cansado, excitado)
- La presencia de otros (ejemplo: ¿Su consumo excesivo de alcohol ocurre normalmente cuando ciertas personas están presentes?)
- Tener el alcohol a la mano
- Ambiente físico en donde usted normalmente bebe (ejemplo: casa, cantina, club, después del fútbol)
- Presión social (ejemplo: otros le insisten que beba, usted está en una reunión en donde otros consumen alcohol y no puede decir no)
- Actividades (ejemplo: en el trabajo, en el hogar, participando en deportes, viendo TV, jugando cartas)
- Sus pensamientos (ejemplo: al tomar decisiones importantes; preocupado por problemas financieros; aburrido; presiones de trabajo; deseando ir a alguna parte)



ALGUNAS CONSECUENCIAS POR EL CONSUMO EXCESIVO

- Consecuencias físicas (malestar al día siguiente, dolor)
- Consecuencias Emocionales (cambios de humor)
- Consecuencias Sociales (como actúan otros hacia usted, otras personas están enojadas con usted)
- Eventos Materiales (ejemplo: demandas legales; deudas financieras; daños en propiedad)
- Lo que usted piensa (ejemplo: sentimiento de culpa; sentimiento de pérdida de control)

Paso 3. Enfrentar los Problemas Relacionados con el Alcohol

Ahora que en el paso 3 ha identificado los disparadores que influyen para que beba alcohol en exceso y las consecuencias relacionadas a su consumo, la siguiente acción será utilizar esta información para desarrollar un Plan de Acción que contenga actividades opcionales a beber alcohol en exceso y así lograr la meta de consumo de alcohol que se ha propuesto.

Seguramente todos los días se le presentan problemas que tiene que resolver. Estos problemas lo llevan a pensar y valorar posibles opciones de decisión y a tener que elegir alguna de ellas. Por ejemplo: ante el próximo periodo de promoción de puestos en su trabajo usted decide que tendrá que organizar mejor sus gastos de fin de año, para que una parte del aguinaldo la ocupe para pagar un curso de capacitación, que le permitirá lograr su promoción y con ello un aumentar su sueldo.

Un problema que surge con frecuencia cuando se buscan opciones, es el sentimiento de que nada podrá mejorar las cosas. La mayoría de las veces, esto sucede por que no nos damos cuenta o no hemos analizado lo suficiente las posibles opciones que tenemos disponibles. O tal vez, no estamos dispuestos a tomar acciones drásticas

que ofrezcan beneficios a largo plazo. Algunas personas, se dan por vencidas antes de tiempo.

Si uno se permite vencerse, esto puede conducir a un sentimiento de derrota, o a un sentimiento de que las cosas no cambiarán, sin importar lo que uno haga. Si este es su caso, el primer paso para eliminar ese sentimiento es planear hacer aquellas cosas que esté seguro de lograr. No limite sus opciones a cosas con las que se siente cómodo haciendo. A menudo, el experimentar algo de incomodidad a corto plazo puede llevar a un resultado valioso a largo plazo. Otra estrategia es planear dar pequeños pasos y hacer cambios sencillos para ganar confianza y seguir con propósitos más difíciles.

Una vez que usted ha identificado los disparadores y las consecuencias relacionadas con beber alcohol en exceso, es necesario que decida cuál es la mejor opción para usted. Algunas pueden involucrar cosas que hacer (intercalar bebidas no alcohólicas entre cada trago); o dejarlas de hacer (no asistir a reuniones a las que asisten ciertas personas), otras pueden involucrar estrategias para enfrentarse a situaciones (aprender a relajarse, a rechazar una copa). Al pensar en sus



opciones evite hacer juicios de valor en ese momento. Simplemente considere todas las opciones posibles que tiene, un paso posterior le permitirá analizarlas mas a fondo antes de decidirse por alguna.

Pregúntese en cada opción: ¿Qué tan efectiva será a largo plazo?, ¿Qué tendré que hacer para lograrlas?, ¿Valdrá la pena?, ¿Qué esfuerzo personal involucran? (Ejemplo: Evitar todas las circunstancias que ha identificado que disparan su consumo de alcohol y sustituirlas por algunas actividades con sus hijos. Aprender a decir "no gracias" de manera firme o amable)

A continuación le mostraremos cómo utilizar los ejercicios que desarrolló en la sección anterior

(Paso 2), para pensar y elegir las actividades opcionales que le ayudarán a controlar su consumo de alcohol. Cuando hablamos de actividades opcionales, estamos sugiriendo que se pregunte: ¿Qué cosas puedo hacer, en lugar de consumir alcohol en exceso?

A lo largo de esta sección retomaremos el ejemplo del paso 2 ¿Se acuerda de aquél que se le pasaron las copas en una fiesta con sus amigos del trabajo, que se lió a golpes con un compañero y que al otro día le fue como en feria en su casa?, utilizaremos este caso para ejemplificar como tendrá que desarrollar los ejercicios que le solicitaremos al término de esta sección.

EJERCICIO 3 A: OPCIONES Y PROBABLES CONSECUENCIAS

Describa las opciones y sus probables consecuencias para la situación de consumo en exceso # 1

"Cuando me fui con mis amigos del trabajo a una fiesta y me bebí 15 cubas"

DESCRIBA CUANDO MENOS DOS OPCIONES CON SUS PROBABLES CONSECUENCIAS:

OPCIÓN #1

No ir a las fiestas que organicen mis amigos de trabajo.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #1

No vería a mis amigos, no me divertiría, no me emborracharía, después se burlaría de mí ó me preguntarían porqué no fui.

OPCIÓN #2

Ir a la fiesta pero no beber.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #2

Me sentiría extraño, sería imposible ver a mis amigos beber y yo no hacerlo, no sabría cómo decirles que he decidido no beber con ellos.

OPCIÓN #3

Beber solamente 4 cubas.

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #3

Vería a mis amigos, me divertiría, podría disfrutar del alcohol, no me emborracharía, podría recordar al día siguiente todo lo que pasó en la fiesta, mi esposa no se enojaría conmigo.

B) SELECCION DE OPCIONES:

DE LAS OPCIONES ARRIBA DESCRITAS PARA ESTA SITUACION DE ALTO RIESGO PARA BEBER EN EXCESO, CONSIDERE:

1) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 1?

OPCIÓN: 3

2) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 2?

OPCIÓN: 2

PLAN DE ACCIÓN

Una vez que seleccione las mejores opciones, el siguiente paso es decidir qué acciones o estrategias tomará para lograrlas. A esto le llamaremos un Plan de Acción, y para desarrollarlo necesita pensar en cada uno de los pasos necesarios para conseguir la opción seleccionada. Mientras más detalle su Plan de Acción será más probable que lo logre.

- Sus planes de acción deben describir con

detalle como se puede llevar a la práctica sus dos mejores opciones.

- Debe describir qué acciones se requieren para realizar con éxito cada opción.
- Hasta donde sea posible, divida su Plan de Acción en pequeños pasos. Esto le ayuda a ser específico y también le ayudará a seguirle la pista a su progreso.

Ejemplo de un plan de acción detallado:

EJERCICIO 3 B: PLAN DE ACCIÓN

Ahora describa sus Planes de Acción para la situación de beber alcohol # 1

Seleccione las dos mejores opciones para esta Situación de Alto Riesgo y para cada opción describa un Plan de Acción que le permita afrontar mejor esa situación.

A) MI MEJOR OPCION FUE: Opción # 3 "Beber solo 4 cubas" (La opción seleccionada como la "mejor").

PLAN DE ACCION:

Llegar un poco más tarde que de costumbre (a las 10 de la noche), llevar poco dinero, levantarme al baño y pedirle al cantinero una cuba pero con poco brandy, beber entre cada cuba sólo refresco o agua mineral para quitarme la sed y poder beber rápido, beber sorbos pequeños, beber despacio, que me aguante una cuba al menos 40 minutos, botanear, decirle a mis amigos que me siento un poco mal, no dejar que me rellenen con brandy mi vaso antes de terminar, para saber cuánto estoy bebiendo, planear de antemano a que hora me iré a casa de tal forma que no se me antoje seguir bebiendo.

COMO MANEJAR NUEVAS SITUACIONES DE CONSUMO EXCESIVO

Aunque los problemas futuros solo podrán resolverse hasta que surjan, Debemos prevenirlos y estar preparados para afrontarlos con la convicción de lograrlo.

Recuerde el dibujo de la Montaña del Éxito. Piense en las posibles caídas o tropiezos que podría tener en el futuro. Desarrolle planes de acción para evitarlos. Explore el camino, trate de hacer el ascenso tan fácil como le sea posible. Piense con cuidado en las circunstancias que puedan presentarse, y también en las consecuencias si abusa del

alcohol. Habiendo hecho eso, usted está en posibilidad de diseñar un plan de acción para ganarle al consumo excesivo de alcohol en el futuro.

Por supuesto, usted no puede prevenir todos los obstáculos a los que se enfrentará en el futuro. Sería muy bueno no encontrar obstáculos en su camino, pero si usted los encuentra –caídas en el camino– es necesario pensar en cómo reaccionará ante ellas. Usted puede aminorar la caída tomando acciones anticipadas (por ejemplo: dejar de beber en el momento). Mientras más pronto detenga la caída, más rápido podrá llegar a la cima de la montaña. Úselo como una experiencia y aprenda de



ella preguntándose: ¿Cómo sucedió?, ¿Qué tanto se puede evitar que algo similar no ocurra nuevamente?. Aunque las cosas no salgan bien, se les puede sacar el mejor partido. Y después dejarlas atrás.

Con suerte, estos planes sólo serán un ejercicio para pensar en el futuro, pero la posibilidad del consumo excesivo del alcohol siempre existirá. La mejor manera de enfrentarse con el problema es evitar que ocurra anticipándose. Pero si eso no funciona, todavía no se acaban las opciones.

Valorando los disparadores que favorecieron el que tomara alcohol en exceso y las consecuencias listadas en el Ejercicio No. 2, este es el momento de desarrollar sus propias Opciones y Planes de Acción. Siga los pasos indicados en esta lectura, luego ponga las opciones seleccionadas en práctica. Piense en sus fortalezas y sus recursos. Úselos en todas las situaciones, sin recurrir a beber en exceso alcohol como opción. Considere que esos mismos recursos son sus alternativas más efectivas.

EJERCICIOS: OPCIONES, CONSECUENCIAS Y PLANES DE ACCION

En las siguientes páginas, encontrará hojas en las que le solicitaremos desarrolle Opciones, Conse-

cuencias y Planes de Acción para cada una de las "Situaciones de Consumo Excesivo" que describió en el ejercicio 2. Es necesario que describa al menos dos opciones para lo cual le sugerimos:

- Sea lo más específico posible al describir las opciones
- Todas las opciones deben ser reales (deben ser posibles), aunque sienta que se tendría un poco de dificultad para llevarlas a cabo
- Para cada opción describa las probables consecuencias (lo que piense que pasaría si se usa esa opción con éxito, en lugar de beber en exceso)
- Asegúrese de considerar las Consecuencias POSITIVAS y NEGATIVAS
- Asegúrese de considerar las Consecuencias INMEDIATAS y A LARGO PLAZO

Tomando todo en cuenta (por ejemplo: las consecuencias probables, la dificultad de poner una opción en práctica, sus propias preferencias), indique al final de la forma de OPCIONES, cuál sería su primera elección (la mejor opción), y cual opción sería su segunda elección (la segunda mejor opción) para enfrentarse con esa situación de alto riesgo para beber en exceso, si ocurriera en el futuro.



EJERCICIO 3 A: OPCIONES Y CONSECUENCIAS

Describa las Opciones y probables consecuencias para la situación de consumo excesivo # 1

A) Describa cuando menos dos, y de preferencia más OPCIONES y PROBABLES CONSECUENCIAS para esta situación de consumo excesivo.

OPCIÓN #1

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #1

OPCIÓN #2

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #2

OPCIÓN #3

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #3

OPCIÓN #4

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #4

B) SELECCIONANDO OPCIONES: De las opciones arriba descritas para esta situación relacionada con el beber alcohol en exceso:

1) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 1? OPCIÓN # _____

2) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 2? OPCIÓN # _____

Ahora debe completar la forma PLAN DE ACCIÓN para esta situación de beber alcohol en exceso.



EJERCICIO 3 B: PLAN DE ACCIÓN

Ahora describa sus Planes de Acción para la situación de beber alcohol # ____.

Seleccione las dos mejores opciones para esta Situación de Alto Riesgo y para cada opción describa un Plan de Acción que le permita poner en acción esa opción.

A) MI MEJOR OPCIÓN: Opción # ____ (La opción seleccionada como la "mejor").

PLAN DE ACCIÓN:

B) MI SEGUNDA MEJOR OPCIÓN: Opción # ____ (La opción seleccionada como la "segunda mejor").

PLAN DE ACCIÓN:



EJERCICIO 3 A: OPCIONES Y CONSECUENCIAS

Describa las Opciones y probables consecuencias para la situación de consumo excesivo # _____

A) Describa cuando menos dos, y de preferencia más OPCIONES y PROBABLES CONSECUENCIAS para esta situación de consumo excesivo.

OPCIÓN #1

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #1

OPCIÓN #2

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #2

OPCIÓN #3

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #3

OPCIÓN #4

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #4

B) SELECCIONANDO OPCIONES: De las opciones arriba descritas para esta situación relacionada con el beber alcohol en exceso:

1) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 1? OPCIÓN # _____

2) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 2? OPCIÓN # _____

Ahora debe completar la forma PLAN DE ACCIÓN para esta situación de beber alcohol en exceso.



EJERCICIO 3 B: PLAN DE ACCIÓN

Ahora describa sus Planes de Acción para la situación de beber alcohol # ____.

Seleccione las dos mejores opciones para esta Situación de Alto Riesgo y para cada opción describa un Plan de Acción que le permita poner en acción esa opción.

A) MI MEJOR OPCIÓN: Opción # ____ (La opción seleccionada como la "mejor").

PLAN DE ACCIÓN:

B) MI SEGUNDA MEJOR OPCIÓN: Opción # ____ (La opción seleccionada como la "segunda mejor").

PLAN DE ACCIÓN:



EJERCICIO 3 A: OPCIONES Y CONSECUENCIAS

Describa las Opciones y probables consecuencias para la situación de consumo excesivo # _____

A) Describa cuando menos dos, y de preferencia más OPCIONES y PROBABLES CONSECUENCIAS para esta situación de consumo excesivo.

OPCIÓN #1

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #1

OPCIÓN #2

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #2

OPCIÓN #3

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #3

OPCIÓN #4

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #4

B) SELECCIONANDO OPCIONES: De las opciones arriba descritas para esta situación relacionada con el beber alcohol en exceso:

1) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 1? OPCIÓN # _____

2) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 2? OPCIÓN # _____

Ahora debe completar la forma PLAN DE ACCION para esta situación de beber alcohol en exceso.



EJERCICIO 3 B: PLAN DE ACCIÓN

Ahora describa sus Planes de Acción para la situación de beber alcohol # ____.

Seleccione las dos mejores opciones para esta Situación de Alto Riesgo y para cada opción describa un Plan de Acción que le permita poner en acción esa opción.

A) MI MEJOR OPCIÓN: Opción #____ (La opción seleccionada como la "mejor").

PLAN DE ACCIÓN:

B) MI SEGUNDA MEJOR OPCIÓN: Opción #____ (La opción seleccionada como la "segunda mejor").

PLAN DE ACCIÓN:



EJERCICIO 3 A: OPCIONES Y CONSECUENCIAS

Describa las Opciones y probables consecuencias para la situación de consumo excesivo # _____

A) Describa cuando menos dos, y de preferencia más, OPCIONES y PROBABLES CONSECUENCIAS para esta situación de consumo excesivo.

OPCIÓN #1

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #1

OPCIÓN #2

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #2

OPCIÓN #3

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #3

OPCIÓN #4

PROBABLES CONSECUENCIAS DE LA OPCIÓN #4

B) SELECCIONANDO OPCIONES: De las opciones arriba descritas para esta situación relacionada con el beber alcohol en exceso:

1) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 1? OPCIÓN # _____

2) ¿Cuál opción seleccionaría como la número 2? OPCIÓN # _____

Ahora debe completar la forma PLAN DE ACCION para esta situación de beber alcohol en exceso.

Paso 4. Nuevo establecimiento de metas

La meta de este programa fue proporcionarle una estrategia general que pudiera utilizar, para hacer frente y controlar su consumo de alcohol.

En este punto es necesario que a partir de las siguientes preguntas analice su progreso:

- ¿Qué tanto ha cambiado su forma de beber alcohol? Revise su auto registro.
- ¿Qué tan capaz se siente para tener control sobre su forma de beber alcohol?
- ¿Aprendió a identificar las circunstancias que lo llevan a beber en exceso?
- ¿Identificó eventos que influyen para que beba en exceso y consecuencias de su consumo (inmediatas y a largo plazo, positivas y negativas).
- ¿Elaboró planes de acción?

- ¿Qué tan capaz se siente para llevarlos a cabo?

Ahora que terminó este programa es importante que no olvide que su meta fue cambiar su forma de beber alcohol. Para que realmente los progresos que ha realizado se mantengan y el esfuerzo de estas semanas no sea en vano. Deberá seguir alerta en cuanto a su forma de beber, así como seguir aplicando las estrategias aprendidas

Recuerde que si ocurre una recaída debe considerarlo como un evento aislado, nunca como un fracaso, considérelolo como una experiencia de la cual puede aprender. Piense que es un tropiezo que tiene remedio, y utilícelo para prevenir futuras situaciones de riesgo.



EJERCICIO 4. NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS

- ¿Cuál es su meta en éste momento?
- ¿No beber en absoluto?
- ¿Disminuir su consumo de alcohol?

1. Marque en el cuadro 1 o en el cuadro 2 la meta que desea alcanzar

Mi meta es:

Cuadro 1

NO BEBER EN ABSOLUTO

Si marcó esta meta, ya no siga completando el ejercicio. Continúe su auto-registro con esta nuevo objetivo en mente. Conteste únicamente las preguntas I y II.

Cuadro 2

DISMINUIR MI CONSUMO

Si usted quiere cambiar su establecimiento de meta para los próximos 6 meses debe contestar las siguientes preguntas, tómese algunos minutos para revisar su forma de beber estas últimas semanas antes de terminar de resolver el ejercicio y conteste con cuidado:

Como su meta es beber moderadamente, es necesario que defina como se propone beber de ahora en adelante:

2. En un DÍA PROMEDIO cuando beba, planeo beber NO MÁS DE _____ tragos estándar durante ese día.

3. Durante una SEMANA PROMEDIO, planeo beber NO MÁS DE _____ días. (Si planea beber menos de un día por semana ponga una marca en este lugar)_____.

Recuerde que esta iniciando un cambio, evite por lo pronto, situaciones o circunstancias en donde considere que va a ser muy difícil controlar su consumo, ahora conteste las siguientes preguntas.

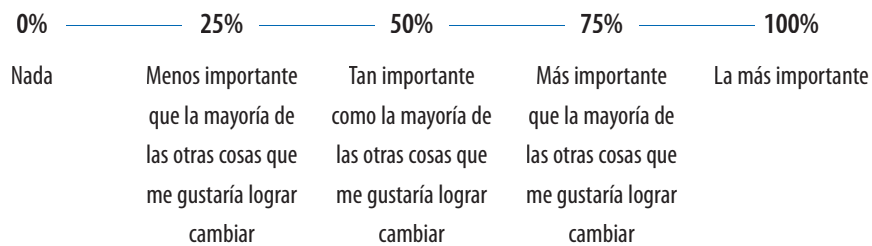
5. Planeo NO BEBER EN ABSOLUTO en las siguientes circunstancias:

6. Planeo beber SOLAMENTE en las siguientes circunstancias:



Usted ya ha descrito su meta de consumo para los siguientes meses. ¿Qué tan motivado se siente para cambiar su actual forma de beber? De acuerdo a esa meta, conteste las siguientes dos preguntas marcando con una "X" la respuesta que más se acerque a lo que siente:

I.- En este momento, ¿qué tan importante es para mi lograr la meta establecida?



II- En este momento, ¿qué tan confiado me siento en lograr la meta establecida?

