

## **Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México**

*(An early and brief intervention alternative for problem drinkers in Mexico)*

Héctor E. Ayala,<sup>1</sup> Leticia Echeverría, Mark B. Sobell y Linda C. Sobell

Universidad Nacional Autónoma de México  
Nova Southeastern University

La búsqueda de programas que sirvan para prevenir o reducir la amplia problemática social que resulta del consumo excesivo del alcohol ha sido a nivel internacional una preocupación constante de autoridades, investigadores y profesionistas del campo de la salud a partir de la década de los cincuenta. La importancia de esta actividad se ha visto matizada por la creciente evidencia de que el uso excesivo del alcohol muestra un incremento en su incidencia y prevalencia de acuerdo a estudios epidemiológicos recientes, en particular en países en vías de desarrollo que tradicionalmente no mostraban un nivel de consumo per cápita tan elevado (Arymr, Elmer y Herz, 1982; Medina-Mora y cols. 1989). La preocupación sobre este fenómeno se ha incrementado debido a que se ha observado la asociación que existe entre el consumo de alcohol y una serie de problemas sociales tales como accidentes de tránsito, violencia intrafamiliar, ausentismo laboral, agresividad y actos de homicidio y suicidio (Rosovsky, Casanova, Gutiérrez y González, 1994; Bennet, Tolman, Rogalski, Srinivasaraghavan, 1994; Gordis, 1995; Zwerling, Sprince, Wallace y Davis, 1996).

Como resultado de esta tendencia al incremento en el consumo per cápita en países en vías de desarrollo, la demanda de servicios asistenciales y de tratamiento han mostrado a su vez un importante crecimiento, haciendo evidente la grave carencia de este tipo de servicios que por lo general existe en estos países. Ante este hecho se ha recomendado fortalecer acciones de prevención secundaria que descansen en la identificación temprana de patrones de consumo que ponen en riesgo al individuo, al desa-

<sup>1</sup> La investigación que se reporta en el presente artículo fue posible gracias a los subsidios 92-1054-02 y 328H9308 otorgados al primer autor por el Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo del Gobierno del Canadá y el CONACYT

rollar una dependencia al alcohol, y en la instrumentación de intervenciones terapéuticas breves, capaces de instrumentarse en una variedad de escenarios, así como de aplicarse a una variedad de culturas, siendo de bajo costo (Babor, Ritson y Hodgson, 1986; Heather, 1989; Minicucci, 1994; Heather, 1996).

Por otra parte, la recomendación de que las intervenciones que se llevan a cabo en un nivel de prevención secundaria sean de breve duración, se basa en numerosos estudios sobre la eficacia de las modalidades de intervención de larga duración e intensivas, que usualmente incluyen hospitalización del paciente. Estos estudios han encontrado que con la excepción de intervenciones breves y entrenamiento en autocontrol conductual, virtualmente todas las modalidades de tratamiento han probado ser inefectivas y de alto costo (Riley, Sobell, Leo, Sobell, y Klajner, 1987; Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis, 1991; Bien, Miller y Tonigan, 1993). La determinación de la efectividad en las intervenciones breves se relaciona principalmente con la reducción del patrón de consumo de alcohol en niveles moderados y en individuos con niveles bajos de dependencia.

También, el uso potencial de este tipo de servicios sería considerablemente más alto, ya que se estima que la proporción de bebedores con baja dependencia, en contraste a los bebedores con alta dependencia, es aproximadamente de 4 a 1 en la mayoría de los países (Institute of Medicine, 1990). Sin embargo, la mayoría de los servicios de tratamiento están dirigidos a los individuos con alta dependencia (alcohólicos) e instrumentan estrategias de intervención que son más apropiadas para este tipo de bebedores. Por ese motivo los individuos con dependencia baja o media, tienen poca probabilidad de recibir tratamiento de acuerdo a sus necesidades, lo que constituye un desequilibrio en la prestación de servicios y en las políticas de salud pública de la gran mayoría de los países occidentales.

En las dos últimas décadas se han desarrollado y evaluado una serie de alternativas de intervención breves para bebedores con dependencia baja y media, que han mostrado resultados promisorios y que constituyen en la actualidad el fundamento para las acciones de prevención secundaria en esta problemática. Estas intervenciones breves no son solamente otro tipo de tratamiento para los problemas relacionados con el uso del alcohol, si no que representan una nueva perspectiva para afrontar esta problemática y una nueva serie de principios que subyacen en la intervención. Debe resaltarse asimismo, que mientras que el costo en proporcionar intervenciones breves es relativamente bajo (Fremantle, Gill, y Godfrey, 1993), se ha reportado que los beneficios que se derivan de ellas se reflejan en otros indicadores de costo-beneficio, como son una reducción del ausentismo laboral y un menor número de días de hospitalización de los individuos que reciben dicha atención (Kristenson, Ohlin, Hulten-Nosslin, Trelly y Hood, 1983).

En particular, las intervenciones terapéuticas conocidas como terapia cognoscitivo-conductual cuya efectividad ha sido constatada en poblaciones de bebedores con nive-

les de dependencia media (Sanchez-Craig, Annis, Bornet y MacDonald, 1984; Alden, 1988; Miller, Leckman, Delaney, y Tinkcom, 1992; Sobell y Sobell 1993a) reúnen en gran medida los requisitos necesarios para formar parte de acciones de prevención secundaria. Este modelo de tratamiento se caracteriza por su corta duración y por no ser una intervención intensiva, así como el hecho de que los servicios de atención se ofrecen en una modalidad de consulta externa, ya que en estas intervenciones la meta terapéutica puede ser tanto la moderación como la abstinencia y se permite que los usuarios puedan elegir su meta terapéutica. Esto concuerda con lo que la literatura señala para hacer atractivo el tratamiento e incrementar la adherencia terapéutica de bebedores con niveles bajos y medios de dependencia que difícilmente aceptan la abstinencia como meta de la terapia (Elal-Lawrence, Slade, y Dewey, 1986; Sanchez-Craig, y Lei, 1986; Orford y Keddie, 1986; Bandura, 1986; Miller, 1986/87).

La concepción que sustenta la aproximación cognoscitivo-conductual difiere en forma importante de las concepciones tradicionales del alcoholismo, ya que se considera que las conductas adictivas representan una categoría de "hábitos maladaptativos" tales como el fumar, usar drogas, beber y comer en exceso y apostar compulsivamente. Estas conductas se conceptualizan como hábitos sobreaprendidos que pueden ser analizados y modificados de manera similar a la de otros hábitos. Sin embargo, no se desecha que el involucrarse continuamente en hábitos adictivos, puede llevar a consecuencias negativas de orden físico (obesidad, cirrosis, cáncer pulmonar, etc.). Por otro lado, el hecho de que una enfermedad sea el producto de un ciclo de conducta adictiva de larga duración, no implica necesariamente que la conducta en sí sea una enfermedad o que esté causada por un desorden fisiológico. El componente fundamental que guía estas intervenciones para modificar tales hábitos, se denomina autocontrol, y consiste en un proceso a través del cual un individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su propio comportamiento, a fin de lograr un resultado positivo. En la instrumentación del proceso de autocontrol se emplean estrategias específicas para manejar situaciones particulares de alto riesgo por el consumo excesivo del alcohol, así como estrategias globales para modificar estilos de vida dañinos.

En nuestro país, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Alcohol realizada por la Secretaria de Salud en 1993, se reporta que un 65% de las personas entre 12 y 65 años consumen alcohol, en este grupo existe un grupo de personas que cuando beben lo hacen en forma poco frecuente y en cantidades pequeñas. Por otro lado, el porcentaje de personas cuyo patrón de consumo les ha provocado un elevado nivel de dependencia, se reporta como un porcentaje reducido (4.9%). Sin embargo, entre estos extremos se encuentra un grupo considerable (12.4%) de la población (bebedores problema) que consume alcohol en forma episódica pero explosiva, esto es que consumen en esas ocasiones altas cantidades de alcohol y que presentan algunos

síntomas de dependencia al alcohol, y pueden encontrarse en riesgo de tener problemas sociales y de salud relacionados con su forma de consumo (Medina-Mora y cols., 1989). En México, como es el caso en otros países, no existen servicios de atención específicamente dirigidos a esta población; por ello se hace necesario invertir esfuerzos para desarrollar programas de prevención y tratamiento, que puedan servir de base para diseñar e instrumentar acciones preventivas secundarias en esta esfera.

Con tal propósito, en el año de 1992 se desarrolló e instrumentó en la ciudad de México un programa de intervención breve para proporcionar tratamiento a bebedores con niveles bajo y medio de dependencia al alcohol y con una historia de problemas sociales relacionados con su forma de consumo. La modalidad de intervención breve que se ensayó con la población mexicana se deriva de un modelo desarrollado inicialmente en Canadá que se denomina **autocontrol dirigido** (Sobell y Sobell, 1993a). Los resultados de su aplicación a una muestra de 177 individuos, se describen en el presente estudio, así como las implicaciones que estos tienen para desarrollar políticas de salud pública en nuestro país, que hagan ampliamente accesibles los servicios de atención a la población con problemas relacionados con el abuso del alcohol basados en intervenciones breves de probada efectividad y adecuado costo-beneficio, como se ha recomendado en años recientes en otros países (Institute of Medicine, 1990; Health Department of Great Britain, 1990).

## MÉTODO

### *Sujetos*

Participaron en el estudio un total de 177 individuos con problemas relacionados con su forma de consumo de alcohol, que completaron las cuatro sesiones en que consiste el programa de tratamiento. En la Tabla 1, se describen las características generales de los sujetos.

Los sujetos fueron expuestos a una evaluación inicial, una semana antes de la primera sesión de tratamiento. Esta evaluación comprendió la determinación de: nivel de dependencia al alcohol, patrón de consumo de alcohol en los 12 meses anteriores, situaciones de riesgo para consumo excesivo, nivel de auto-eficacia para controlar su consumo en las situaciones de riesgo y tipo de problemática asociada a su patrón de consumo. En la Tabla 2, se muestran las características de consumo pre-tratamiento de los sujetos.

El nivel de dependencia al alcohol se determinó con base en dos escalas que dan este nivel tomando en cuenta la frecuencia de ocurrencia de síntomas que comprenden el síndrome de dependencia al alcohol. Las escalas empleadas fueron la Escala de Dependencia al Alcohol (Skinner y Horn, 1984), y la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (Davidson y Raistrick, 1986), adaptadas para la población mexicana. La

**Tabla 1. Características generales de los sujetos.**

<u>Distribución de la edad</u>	
Edad promedio	37.5 años
12-24	12.4%
25-34	29.9%
35-44	36.7%
45-54	18.1%
55-64	3%
<u>Género</u>	
masculino	85.9%
femenino	14.1%
<u>Educación (# de años)</u>	13.7
<u>Estado Civil</u>	
casados	54.9%
solteros	35.8%
separados/divorciados	9.3%
<u>Situación Laboral</u>	
tiempo completo	63%
medio tiempo	14%
otros	14%
desempleados	9.1%

**Tabla 2. Características de consumo de los sujetos antes del tratamiento.**

Número de años promedio de uso de alcohol	$\bar{x}=16$ $S=8.95$
Número de años promedio de beber problemático	$\bar{x}=9.2$ $S=6.63$
Participación previa en programas de tratamiento para alcoholismo	41%
<u>Tipo de Bebida Preferida</u>	
Pulque	1.1%
Cerveza	34.5%
Vino	6.6%
Licor	57.7%

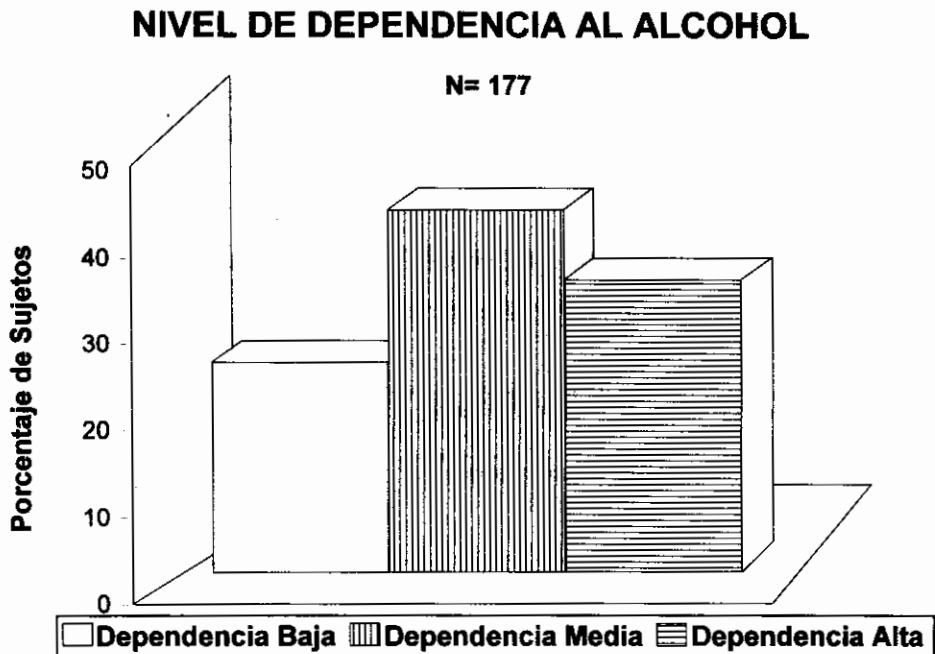
Figura 1, muestra la distribución de los sujetos, de acuerdo a niveles de dependencia bajo, medio y alto.

### *Escenario*

El programa de tratamiento se ofreció en el Centro de Servicios Psicológicos "Aca-sulco" de la Facultad de Psicología, que cuenta con 6 cubículos para trabajo individual y de 2 salas para trabajo grupal. Estos cubículos están acondicionados con equipos para video-grabación. Las visitas de seguimiento a los 6 y 12 meses de ser dados de alta del programa, se hicieron en el hogar de los sujetos.

### *Características del Tratamiento*

El programa de tratamiento denominado Autocontrol Dirigido es un modelo cognoscitivo-conductual de intervención breve para bebedores con niveles bajos y medios de depen-



**Figura 1. Distribución de los sujetos de acuerdo a su nivel de dependencia al alcohol.**

dencia al alcohol (Sobell y Sobell, 1993b; Ayala, Cárdenas, Echeverría, y Gutiérrez, 1995). Es una intervención motivacional que ayuda al paciente a comprometerse a cambiar su conducta y a reorganizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol. La meta de este tratamiento es ayudar al usuario a desarrollar una estrategia general de solución de problemas que le permite enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta. Esta intervención es consistente con los principios de lo que se conoce como "Entrevista Motivacional" (Miller y Rollnick, 1991). Sus objetivos terapéuticos son ayudar a los pacientes a establecer metas, a encontrar las razones para reducir o dejar de consumir alcohol, incrementar la motivación para lograr estas metas, identificar las situaciones en que es más probable que beban en exceso y desarrollar estrategias alternativas para enfrentarse a esta situación.

El tratamiento se proporciona una vez por semana durante 45 minutos aproximadamente, a través de cuatro sesiones individuales con un terapeuta, y se apoya en una serie de lecturas relacionadas con el proceso de cambio en la forma de consumir alcohol y las tareas relacionadas con estas lecturas. Estas actividades se centran en ayudar al paciente a lograr: **decidir cambiar; establecer una meta de consumo; evaluar situaciones de alto riesgo para beber; y enfrentar sus problemas con el alcohol.**

La primera sesión se realiza 7 días después de la evaluación inicial y en ella el usuario establece sus razones para cambiar su patrón de consumo por medio de un proceso de *Balance Decisional*. En esta sesión el terapeuta discute con el usuario cuáles son los beneficios y costos para cambiar su patrón hacia la moderación o la abstinencia, así como los beneficios y costos en caso de continuar consumiendo alcohol, como lo ha hecho en el último año. Además, realiza su primer *Establecimiento de Metas* en donde elige, con apoyo del terapeuta, entre la moderación o la abstinencia como meta para las siguientes semanas y plantea el nivel de importancia que tiene esta meta para él y cual es el nivel de confianza que tiene en lograrla. Así mismo, se revisa la *Línea Base Retrospectiva de Consumo* (Sobell y Sobell, 1992) que se aplica durante la evaluación inicial, y que proporciona información sobre la frecuencia y cantidad consumida los 12 meses previos al tratamiento, comparándose con la meta de consumo que estableció el usuario y el consumo real que tuvo durante esa semana. Este patrón de consumo se determina con base en los registros de auto-monitoreo que realiza diariamente el usuario. En términos generales esta sesión tiene como objetivo para el terapeuta, incrementar la motivación para el cambio y conocer el nivel de auto-eficacia del usuario.

En la segunda sesión, el usuario debe identificar por lo menos tres situaciones de riesgo del consumo excesivo, así como las consecuencias positivas y negativas ante estas situaciones. Estas situaciones se comparan con las áreas vulnerables para el consumo excesivo de alcohol, entre otras emociones desagradables, presión de los ami-

gos, que el usuario identificó en el *Inventario Situacional de Consumo* así como en el *Cuestionario de Confianza Situacional* (Annis y Graham, 1988), que le fueron aplicados durante la evaluación inicial. El objetivo es que el usuario apoyado por el terapeuta realice un análisis funcional de su conducta, identificando los antecedentes y las consecuencias de su forma de consumo de alcohol. Dentro de esta sesión, el terapeuta discute con el usuario la alta probabilidad de que ocurran *recaidas* durante el tratamiento, enfatizando la importancia de considerarlas como experiencias necesarias en un proceso de aprendizaje y no como fracasos personales o indicadores de un evidente fracaso del programa de tratamiento. El proceso de recuperación a largo plazo se examina, haciendo notar el papel que juegan las *recaidas* como parte del proceso de cambio.

En la tercera sesión se presenta un programa general de solución de problemas en donde el sujeto debe describir las opciones a cada situación de riesgo y sus probables consecuencias, así como los planes de acción para las opciones más factibles y realistas. El objetivo es que el usuario analice y describa sus propios recursos (estilos de afrontamiento efectivos y apoyos sociales disponibles), para que posteriormente el terapeuta los utilice en un programa de cambio. Si el usuario no cuenta con estas habilidades, el terapeuta sugiere la asistencia a sesiones adicionales.

En la cuarta sesión el terapeuta comenta los avances logrados por el usuario en relación a sus planes de acción y realiza un resumen de los resultados de las sesiones anteriores, con el propósito de lograr un segundo *Establecimiento de Metas*, para los próximos 6 meses. En este establecimiento de metas, el usuario debe evaluar su consumo actual y su primera meta de tratamiento. Por otro lado, el usuario y el terapeuta deben considerar si es necesario programar sesiones adicionales. También es durante esta sesión en que el usuario evalúa el programa de tratamiento a través del *Cuestionario de Evaluación* del tratamiento y el terapeuta determina el pronóstico de éxito que tiene el usuario con base la *Forma de Evaluación* del usuario.

Todas las sesiones se apoyan con lecturas y trabajos en el hogar, así como con las hojas de auto-monitoreo, en donde el usuario lleva un registro diario de su consumo.

En las sesiones adicionales (en promedio 4) que se llevan a cabo a solicitud del usuario, se revisan los componentes que aun no han alcanzado el nivel de ejecución esperado, y se realizan planes de acción para otras áreas de la vida del usuario a través del esquema general de solución de problemas.

### *Procedimiento*

Las personas con problemas en su forma de beber que llegan al Centro "Acasulco" de la Facultad de Psicología por primera vez, se les da una cita donde se les explica las características del tratamiento y se les hace una evaluación inicial. Si cumplen los



criterios de aceptación, inician el tratamiento que comprende 4 sesiones de 45 minutos cada una, una vez por semana.

Una vez terminado el tratamiento se hacen 2 visitas de seguimiento, una a los 6 meses y la segunda a los 12 meses. Los resultados de esta intervención breve se presentan a continuación.

## RESULTADOS

Los efectos del programa se determinaron mediante una serie de indicadores sobre el patrón de consumo de los sujetos, nivel de problemática asociada a su consumo, auto-percepción de mejoría, nivel de auto-eficacia y satisfacción con su calidad de vida. El funcionamiento de los sujetos de acuerdo a estos indicadores, se comparó con la fase de pre-tratamiento, la fase de tratamiento, el seguimiento a los 6 meses y a los 12 meses de haber terminado el tratamiento.

### PREFERENCIA DE METAS DE TRATAMIENTO

N= 177

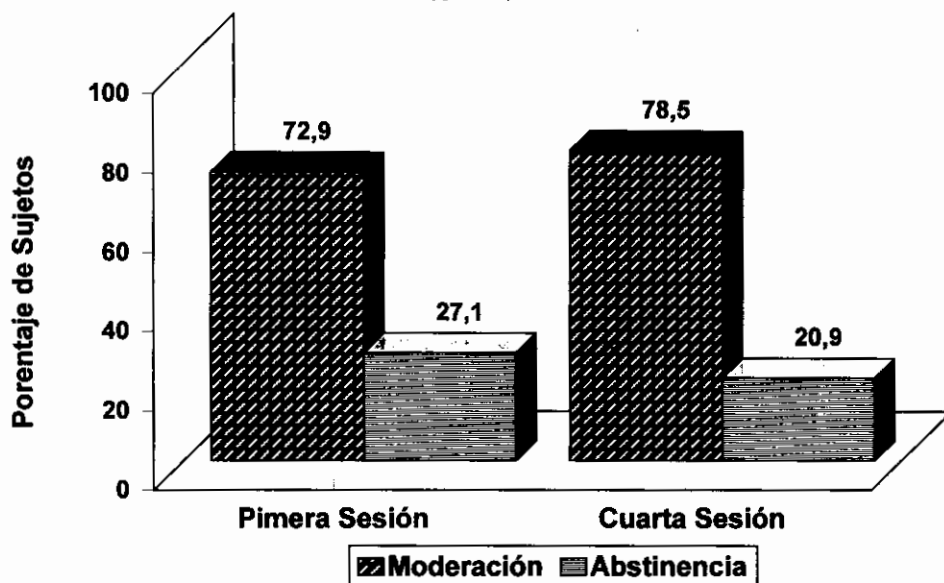


Figura 2. Distribución de la preferencia en la auto selección de la meta de tratamiento al inicio y final de la intervención.

Como estrategia motivacional para fortalecer el compromiso al cambio en los sujetos que participaron en el programa de tratamiento, se otorgó al usuario la posibilidad de seleccionar la meta de su tratamiento (abstinencia o moderación). Como se observa en la Figura 2, la mayoría de los sujetos seleccionaron como meta al inicio del tratamiento la moderación. La proporción de sujetos que seleccionaron la moderación aumentó hacia el final del tratamiento, cuando tuvieron la oportunidad de volver a señalar su preferencia. Estos resultados son similares a los que reportan otros investigadores, cuando se permite la auto-selección de metas en programas de tratamiento dirigidos a bebedores problema (Sobell, Sobell y Gavin, 1995).

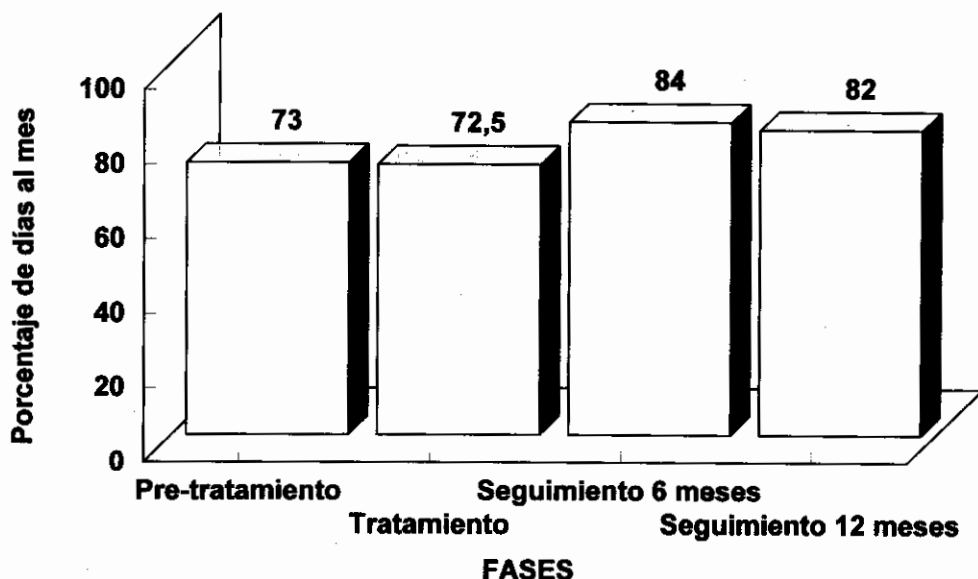
La determinación del impacto del tratamiento se llevó a cabo al comparar el patrón de consumo de los sujetos a través de cuatro fases: antes de iniciar el tratamiento, durante las 4 sesiones de tratamiento y en los seguimientos a los 6 y 12 meses de haber terminado el tratamiento.

En términos del porcentaje de días por mes en que los sujetos reportaron en promedio no haber consumido alcohol (abstinencia), se encontró que durante el período de los 12 meses anteriores al inicio del tratamiento, éstos reportaron que se mantuvieron abstemios un promedio de 73% de días al mes. Un nivel de abstinencia (72.5%) cercano al observado en la fase de pre-tratamiento, se reportó durante la fase de tratamiento. En el seguimiento a los 6 meses, se reportó un incremento significativo de más de 10% en los días por mes (84%) en que los sujetos no consumieron alcohol. Así mismo, se reportó en la segunda visita de seguimiento a los 12 meses, un 82% de días de abstinencia al mes (ver Figura 3).

En las ocasiones en que ocurrió el consumo de alcohol, el patrón de consumo de los sujetos se clasificó en 3 categorías: 1) consumo de 1 a 4 copas estándar; 2) consumo de 5 a 9 copas estándar; 3) consumo de más de 10 copas estándar. Como puede observarse en la Figura 4, el patrón de consumo que reportaron los sujetos durante la fase de pre-tratamiento indica que el mayor porcentaje de días al mes, es de consumo excesivo, o sea, que 8.78% de días al mes reportaron beber más de 10 copas estándar por ocasión de consumo. Sin embargo, en los seguimientos a los 6 meses y 12 meses de haber terminado el tratamiento, se observó un cambio en el patrón de consumo, donde el porcentaje más alto de días al mes fueron aquellos donde se consumieron de 1 a 4 copas estándar, lo que se consideró como consumo moderado. En otras palabras, se observa un cambio de consumo excesivo a consumo moderado como resultado del tratamiento y se reportó que este patrón de consumo se mantuvo a través de las dos fases de seguimiento. Estos cambios en el consumo durante la fase inicial del tratamiento y el reportado durante las fases de seguimiento, fueron estadísticamente significativos ( $Z=6.61$ ;  $\alpha=0.000$ ). Asimismo también se encontraron diferencias significativas entre el nivel de consumo excesivo (más de 10 copas) antes y después del tratamiento ( $Z=4.37$ ;  $\alpha=0.000$ ).

## DÍAS DE ABSTINENCIA

N= 177



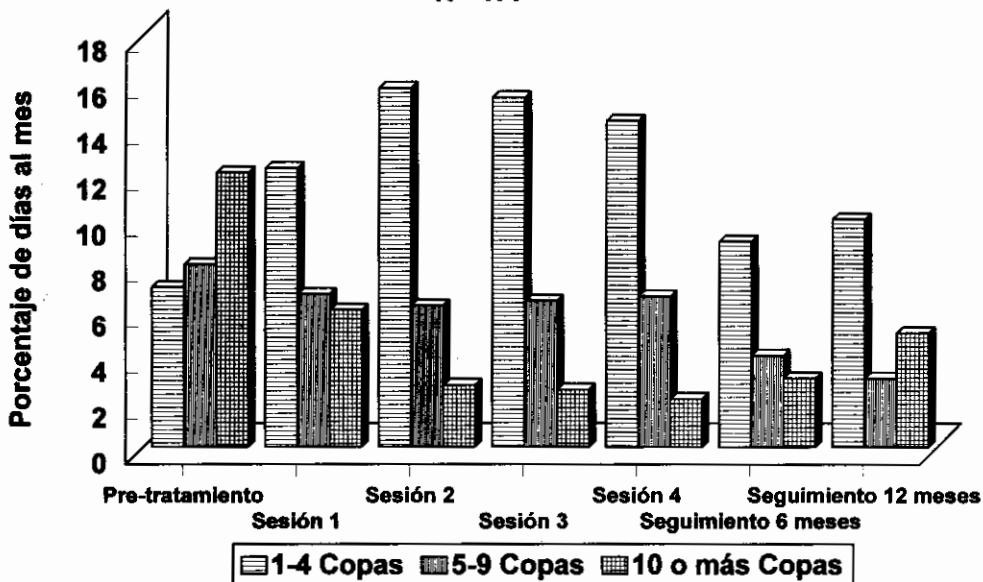
**Figura 3. Porcentaje de días al mes sin consumo de alcohol (abstinencia) durante las cuatro fases del estudio.**

Otro indicador del efecto del tratamiento sobre la conducta de consumo de bebidas alcohólicas de los sujetos, se basó en la comparación del número promedio de copas estándar que se bebieron por ocasión de consumo. Los reportes de los sujetos indicaron que durante la fase de pre-tratamiento, el promedio de tragos consumidos fue de 9.2 con un máximo de 27 copas estándar por ocasión de consumo. Para la fase de tratamiento, se reportó que el promedio de tragos consumidos se redujo a 4.4 copas por ocasión de consumo. Se observó un ligero incremento en el promedio de copas estándar que se consumieron durante el seguimiento a los 6 y 12 meses, reportándose 5.8 y 6.5 copas estándar por ocasión de consumo, respectivamente (Ver Figura 5). Al aplicar la prueba *t* de Student para la comparación de medias apareadas, se encontró que estas diferencias en el consumo a través de las tres fases fueron estadísticamente significativas ( $t=4.26$ ;  $\alpha=0.000$ ).

Otros indicadores que en la literatura se recomiendan y que se deben emplear para evaluar el impacto del tratamiento, son aquéllos que describen el auto-reporte de los usuarios en relación a su satisfacción con su estilo de vida, las consecuencias o pro-

## PATRÓN DE CONSUMO

N= 177



**Figura 4. Distribución del tipo de patrón de consumo de alcohol de los sujetos durante las fases del estudio.**

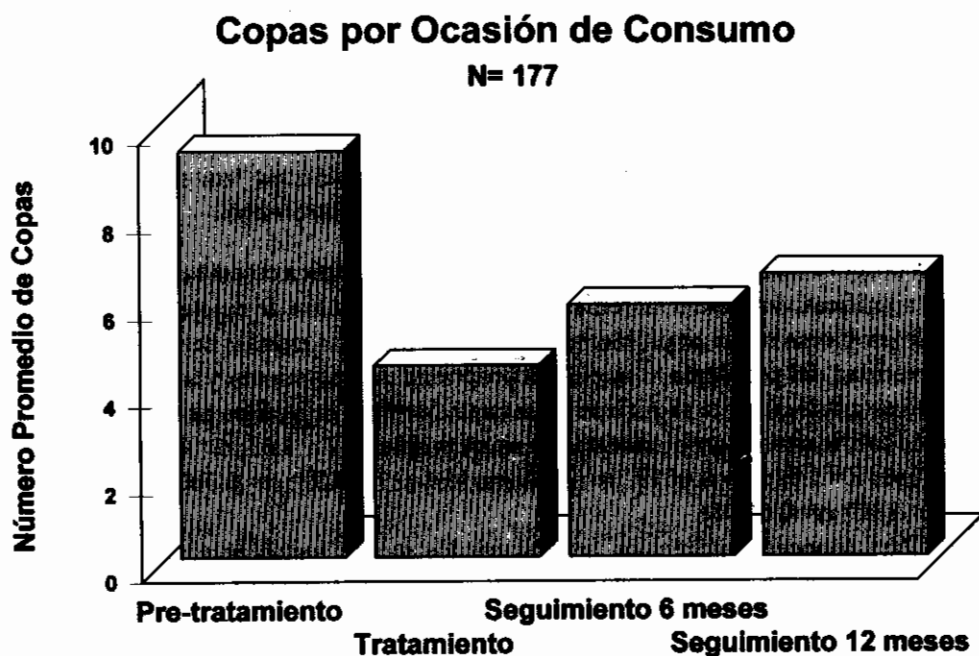
blemas ocasionados por su forma de consumo, la apreciación de la severidad de su problemática y la percepción global de mejoría como resultado de su participación en el programa de tratamiento (Sobell, Sobell y Gavin, 1995). La información sobre estos indicadores fueron recabados en este estudio al inicio del tratamiento y durante el seguimiento a los 6 y 12 meses.

En términos de satisfacción con el estilo de vida, un 62% de los usuarios al inicio del tratamiento reportaron estar insatisfechos o inseguros con su estilo de vida (ver Figura 6). Un cambio importante se observó durante las visitas de seguimiento a los 6 y 12 meses, cuando el 70% y el 79% de los sujetos respectivamente, de los sujetos reportaron estar satisfechos con su estilo de vida.

Para evaluar el impacto del programa sobre los problemas que los sujetos identificaron como consecuencia de su patrón de consumo de alcohol, éstos se clasificaron en 8 áreas generales: laboral, de salud, afectiva, cognoscitiva, inter-personal, agresión, legal y financieros. Al comparar el porcentaje de sujetos que reportaron tener problemas asociados con su consumo al inicio del tratamiento y en la fase de seguimiento a 6

y 12 meses, se observó una reducción en el porcentaje de usuarios que señalaron estar experimentando problemas en 6 de las 8 áreas evaluadas, en comparación al porcentaje de sujetos que al inicio del tratamiento habían identificado problemas relacionados con su consumo en cada una de las 8 áreas generales en que se clasificaron (Ver Figura 7). Al aplicar la prueba de Wilcoxon se encontró que la diferencia fue significativa para cada una de las áreas con la excepción de daño cognoscitivo y problemas legales (daño físico  $Z=3.83$ ;  $\alpha=0.000$ , daño afectivo  $Z=4.81$ ;  $\alpha=0.000$ , problemas interpersonales  $Z=3.25$ ;  $\alpha=0.000$ , agresión  $Z=4.19$ ;  $\alpha=0.000$ , problemas laborales  $Z=3.14$ ;  $\alpha=0.008$ , problemas financieros  $Z=2.72$ ;  $\alpha=0.0033$ ).

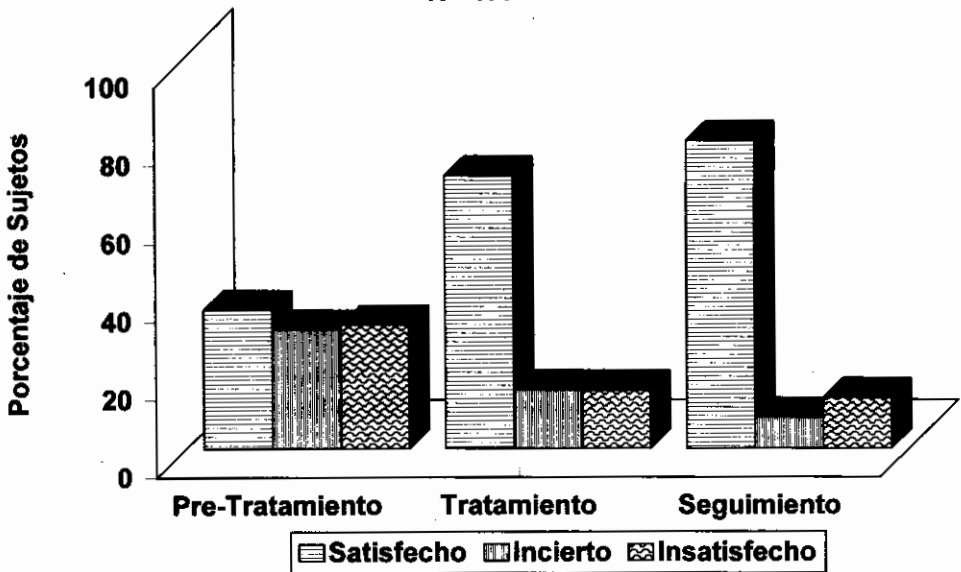
Al comparar la forma en que evaluaron los usuarios la severidad de su problema de consumo, se observó un decremento en la percepción de la severidad después de haber concluido el tratamiento (Ver Figura 8). Se reportó que al inicio del tratamiento, aproximadamente un 64 % de los sujetos calificaron su problema de abuso en el consumo de alcohol como un problema mayor o un problema grande. Los resultados de la evaluación de severidad, que se llevó a cabo durante la fase de seguimiento, indicaron



**Figura 5. Número de copas estándar tomadas por ocasión de consumo durante las distintas fases del estudio.**

## SATISFACCIÓN CON SU ESTILO DE VIDA

N= 177

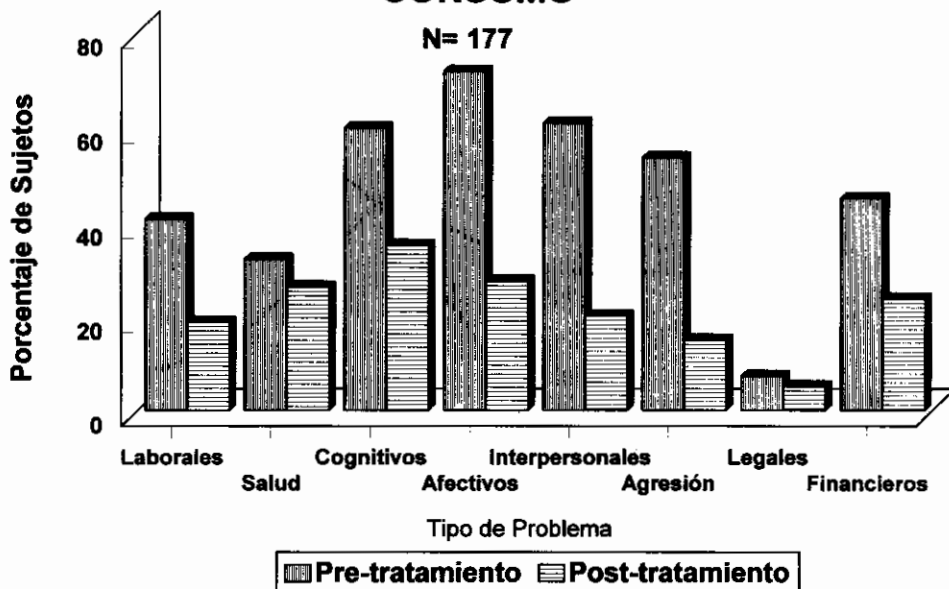


**Figura 6. Distribución del grado de satisfacción de los sujetos con su estilo de vida, antes , durante y después del tratamiento.**

que la proporción de sujetos que calificaron su problemática con severidad alta, disminuyó significativamente e incrementó a 25% la proporción de sujetos que se calificaron sin problema o con un problema menor. La diferencia entre la percepción del nivel de severidad del problema al inicio del programa de tratamiento y al término de éste, resultó estadísticamente significativa en cuatro de los 5 de niveles de severidad que los sujetos calificaron su problemática (no es un problema  $Z= 4.63$ ;  $\alpha= 0.000$ , un pequeño problema  $Z= 2.91$ ;  $\alpha= 0.0019$ , un problema mayor  $Z= 3.33$ ;  $\alpha= 0.000$ , un gran problema  $Z= 1.97$ ;  $\alpha= 0.0244$ ).

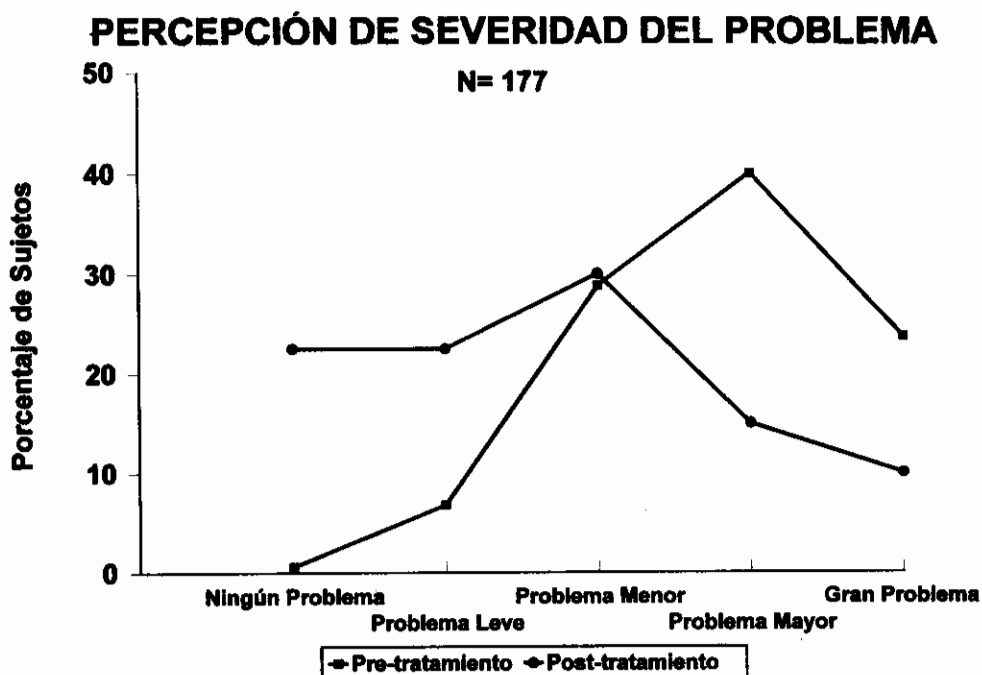
Para conocer la impresión general que los sujetos tenían acerca del impacto del tratamiento sobre la evolución de sus hábitos de consumo de alcohol, durante las visitas de seguimiento a 6 y 12 meses, se les pidió que calificaran su mejoría con base en una escala de cinco puntos que iba de muy pobre a muy buena. En el primer seguimiento a los 6 meses se observó que un porcentaje cercano a 70 calificó su mejoría como buena o muy buena y este porcentaje se incrementó a 80% en el seguimiento de 12 meses, cuando los sujetos volvieron a calificar su mejoría (Ver Figura 9).

## PROBLEMAS PROVOCADOS POR EL PATRÓN DE CONSUMO



**Figura 7. Porcentaje de los sujetos que reportan enfrentar diferentes tipos de problemas relacionados con su forma de consumo antes y después del tratamiento.**

Uno de los objetivos centrales del tratamiento fue el de incrementar la confianza o autoeficacia para controlar su consumo en aquellas situaciones de riesgo donde normalmente se presentaban los episodios de consumo excesivo. Para determinar el grado de autoeficacia ante las situaciones de riesgo, se utilizó el *Cuestionario de Confianza Situacional* (Annis y Graham, 1988) al inicio del tratamiento y durante las 2 visitas de seguimiento. En comparación a los puntajes obtenidos al inicio del tratamiento, se observó un incremento en los puntajes de autoeficacia en las 8 categorías situacionales en el seguimiento a 6 meses, y un incremento adicional en los puntajes de autoeficacia en 7 de las 8 categorías en el segundo seguimiento después de 12 meses de haber terminado el tratamiento (Ver Figura 10). Los cambios en el nivel de autoeficacia como resultado de la participación de los sujetos mostraron ser significativos al aplicar la prueba de Wilcoxon. Específicamente las categorías situacionales que mostraron esta diferencia son: emociones agradables  $Z=6.0834$ ;  $\alpha=0.000$ , emociones desagradables  $Z=5.3313$ ;  $\alpha=0.000$ , malestar físico  $Z=4.5320$ ;  $\alpha=0.000$ , autocontrol  $Z=4.279$ ;  $\alpha=0.000$ , tentaciones  $Z=5.7162$ ;  $\alpha=0.000$ , conflicto  $Z=4.6260$ ;  $\alpha=0.000$ , presión social  $Z=5.9863$ ;  $\alpha=0.000$ , momentos agradables  $Z=6.1792$ ;  $\alpha=0.000$ .



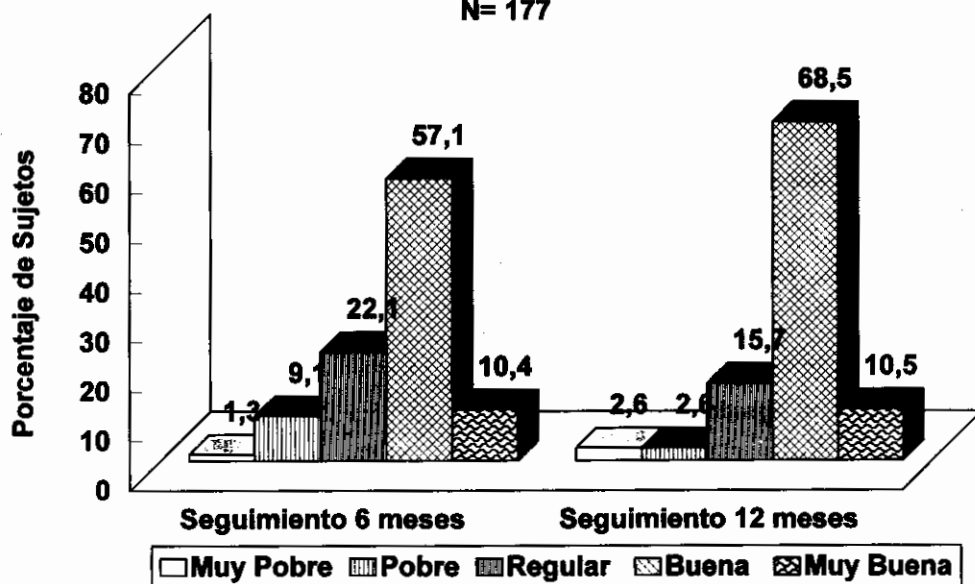
**Figura 8. Distribución del auto-reporte de severidad del problema con su forma de consumo, antes y después del tratamiento.**

Para evaluar la satisfacción de los sujetos hacia el tratamiento y su utilidad se pidió a los 177 sujetos que al término de la fase de intervención calificaran el tratamiento en forma anónima. El cuestionario para recabar esta información pedía a los sujetos que calificaran tanto al tratamiento en general como los diversos componentes utilizados, mediante una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que va de muy satisfecho o útil, hasta muy insatisfecho o inútil. Los resultados se muestran en la Figura 11, la que permite observar que un 78% de los usuarios estuvo muy satisfecho con los resultados obtenidos durante el programa y un 22% se mostraron satisfechos. En términos de utilidad el 74% calificaron al tratamiento como muy útil y el 26% restante lo calificó únicamente útil, al ayudarlos a resolver su problema de abuso de alcohol.



## PERCEPCIÓN DE MEJORÍA

N= 177



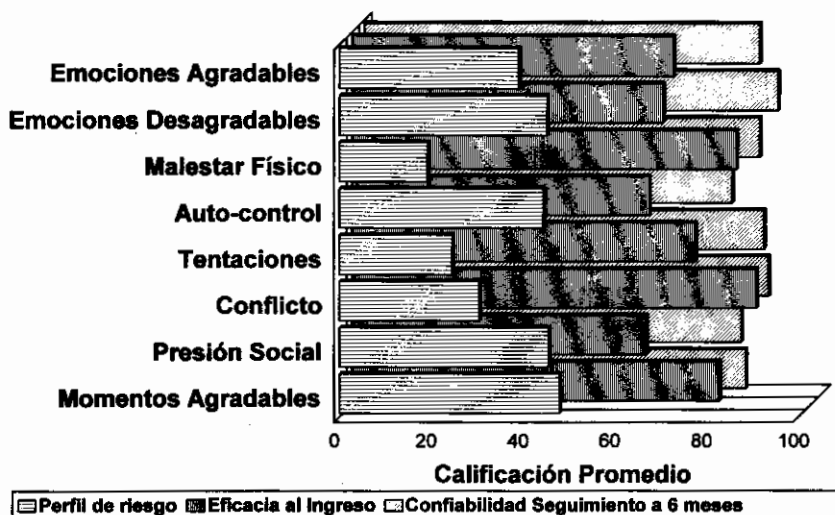
**Figura 9. Distribución de la calificación de mejoría a los 6 y 12 meses de haber terminado el tratamiento.**

## CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio controlado de campo sobre la aplicación del programa de Autocontrol Dirigido muestran que se dieron, en una porción significativa de los usuarios, cambios importantes y significativos en el patrón de consumo de bebidas alcohólicas de un grupo de 177 bebedores problema con niveles bajos y medios de dependencia al alcohol. Estos cambios se reflejan en un mayor número de días en que permanecieron abstemios y un consumo moderado o de poco riesgo en aquellas ocasiones en que ingirieron bebidas alcohólicas, los cuales parecen mantenerse a lo largo de un periodo de por lo menos 12 meses de haber terminado el programa de tratamiento. Los cambios en el patrón de consumo se vieron acompañados, por un incremento en el nivel de confianza (autoeficacia) para poder controlar la forma de beber, una reducción en el número y tipo de problemas que tuvieron que enfrentar en su vida personal, así como una sensación de mayor bienestar derivada de una percepción de que han experimentado una mejoría importante en su pro-

## AUTO-EFICACIA POR SITUACIÓN DE RIESGO

N= 177



**Figura 10. Niveles promedio de auto-eficacia por situación de riesgo para el consumo excesivo al inicio del tratamiento y 6 meses después del tratamiento.**

blema de consumo excesivo del alcohol. Estos resultados concuerdan con datos derivados de la aplicación del programa de Autocontrol Dirigido en poblaciones de bebedores problema en el Canadá (Sobell y Sobell, 1993b) y constatan la validez transcultural del modelo en nuestra realidad social. La ausencia de estudios de campo controlados en nuestro país, refleja el deplorable estado que guarda la investigación sobre resultados de tratamiento en el campo de las adicciones, así como la ausencia de las instancias gubernamentales para la proliferación de servicios de atención a esta población de dudosa efectividad y alto costo.

En la actualidad existe evidencia derivada de 13 estudios aleatorios de campo que señala que los resultados de intervenciones breves son sorprendentemente similares a través de diferentes culturas, logrando un nivel de efectividad consistentemente mejor que la ausencia de tratamiento y un nivel comparable al logrado con intervenciones más extensas y costosas (Bien y col. 1993). Es importante señalar que por su naturaleza y brevedad, estas intervenciones contienen poco o nada del adiestramiento en habilidades que es característico de los tratamientos cognoscitivos-conductuales tradicionales. Mas bien, su carácter general se ha enfocado a elevar el nivel de consciencia sobre la problemática relacionada con el consumo excesivo del alcohol y en aconsejar un cambio. Se ha sugerido que el impacto principal de las intervenciones breves está en la motivación para el cambio (Miller y

Rollnick, 1991), y una vez que se haya impactado esta motivación, el individuo puede cambiar su comportamiento con un mínimo de ayuda adicional. Se ha encontrado que este cambio ocurre también sin ayuda o consejo específico (Sobell, Sobell y Toneatto, 1991), por lo que parece que las intervenciones breves instigan un proceso de cambio "natural" que de otra forma no ocurriría o que se demoraría en iniciarse. Miller y Brown (1991) han propuesto que el cambio conductual en términos de patrón de consumo puede instigarse al crear una percepción de discrepancia entre el nivel actual de la problemática de individuo y las metas que desea.

Como es el caso en el tratamiento de otro tipo de problemas psicológicos, es importante reconocer que existe una variedad de estrategias y procedimientos de tratamiento potencialmente efectivos, por lo que la forma en que se aborda un caso particular debe determinarse con base en las características específicas del mismo. Bajo esta perspectiva, el Autocontrol Dirigido es una buena opción de tratamiento de primera vez. Es de bajo costo, mínimamente intrusivo y consistente con el mantenimiento o incremento de la auto-estima del usuario. Es también claro que la mayoría de los bebedores proble-

## SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL TRATAMIENTO

N= 177

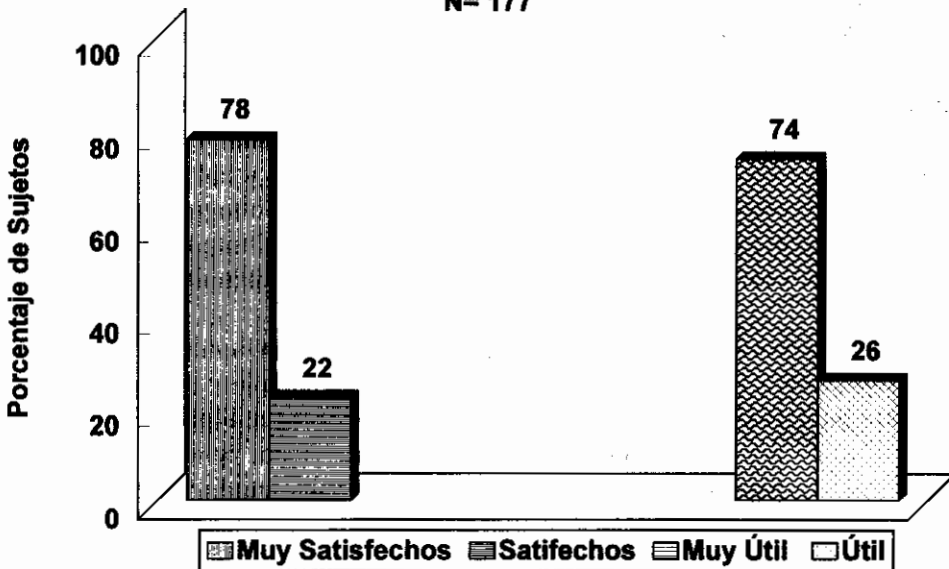


Figura 11. Distribución del porcentaje de satisfacción y utilidad del programa.

ma expresan satisfacción con una aproximación al tratamiento que comprende técnicas de autocontrol y que incluye la autoselección de metas. Es indudable que existen bebedores problema que no responden bien a esta aproximación, aun cuando éstos inician el tratamiento pensando que encajan bien con éste. Por lo tanto es importante que se continúe monitoreando el funcionamiento del cliente después de la terminación de las cuatro sesiones formales de tratamiento y que se proporcione tratamiento adicional o alternativo a aquellos que continúan teniendo problemas.

El programa de Autocontrol Dirigido es una intervención motivacional cuya meta es el facilitar que los clientes puedan solucionar sus propios problemas. Las intervenciones motivacionales tienen un desarrollo reciente entre los tratamientos de problemas relacionados con el alcohol (Miller y Rollnick, 1991) y como tales, existe amplia oportunidad para continuar innovando y mejorando. Lo esencial es mantener claro el principio de ayudar al cliente a que se ayude a sí mismo.

Parte de este proceso de ayuda, es la identificación de la situaciones de riesgo para consumo excesivo del alcohol y la determinación del grado de confianza que tiene el cliente en controlar sus forma de beber bajo estas situaciones. La utilización de instrumentos tales como el Inventario de Situacional de Consumo y el Cuestionario de Confianza Situacional (Annis y Davis, 1988) como parte del protocolo de tratamiento del modelo de Autocontrol Dirigido, permiten que la intervención se individualice a las características específicas del patrón de consumo del cliente y su nivel de autoeficacia. La validez transcultural de estos instrumentos se ha determinado en un estudio auspiciado por la OMS donde se emplean éstos en varios países (Canadá, México, Australia, Suecia y Polonia) con muestras de bebedores problema Annis y col. (1996). Es recomendable por lo tanto, que la planificación del tratamiento para esta población, sea cual fuese su orientación conceptual o intensidad del tratamiento, contemple la utilización de estos instrumentos para favorecer el proceso de cambio y su mantenimiento a través del tiempo.

Las características de este programa de tratamiento en términos de su brevedad, su bajo costo y nivel de efectividad lo hacen particularmente apropiado para países cuyos recursos son limitados para establecer programas de atención especializada. Por otro lado, la posibilidad de poder incorporar este tipo de intervenciones breves en un primer nivel de atención en instituciones de salud pública, haría posible ampliar la oferta de servicios de prevención secundaria a un segmento de la población para los cuales usualmente no existen opciones apropiadas de atención, pero cuyo patrón de consumo del alcohol los pone en mayor riesgo de desarrollar una grave dependencia al alcohol y experimentar un creciente número de problemas de tipo físico y social. La mayoría de estos bebedores no entran en contacto con programas especializados de tratamiento, donde el enfoque es a menudo sobre alcoholismo o dependencia al alcohol, pero si frecuentan sistemas de servi-

cios de salud, de empleo o de asistencia social. A medida que la concepción profesional se orienta más a una perspectiva de salud pública en cuanto a problemas relacionados con el alcohol, las intervenciones breves como la que se describe, ofrecen una alternativa apropiada y efectiva para instrumentarse como parte de los servicios en un primer nivel de atención.

## REFERENCIAS

- Alden, L. (1988). Behavioural self-management controlled drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56,280-286.
- Annis, H.M. y Davis, C.S. (1988). Assessment of expectancies. En Donovan, D.M. Marlatt, G.A. (Eds.) *Assessment of Addictive Behaviors*, 84-111, New York: Praeger.
- Annis, H.M., y Graham, J.M. (1988). Situational Confidence Questionnaire (SCQ) User's Guide. *Addiction Research Foundation*.
- Annis, H.M., Sobell, L.C., Allsop, S., Ayala-Velazquez, H., Rybakowski, J., Sandahl, C., Saunders, W., y Ziolkowski, M. (1996). Drinking-related assessment instruments: Cross-cultural-studies. *Substance Use and Misuse*, 31,1525-1546.
- Arymr, G., Elmer, A. y Herz, V. (1982). *Alcohol in the World of the 80's: habits, attitudes, preventive policies and voluntary efforts*. Stocklom: Sober Forgras AB.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18,4,18-24.
- Babor, T.F., Ritson, E.B. y Hodgson, R.J. (1986). Alcohol-related problems in the primary health care settings: a review of early intervention strategies. *British Journal of Addictions*, 81,23-46.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bennett, L.W., Tolman, R. M., Rogalski, C.J. y Srinivasaraghavan, J. (1994). Domestic abuse by male alcoholics and drug addicts. *Violence & Victims*, 9, 359-368.
- Bien, T.H., Miller, W.R., y Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Davidson, G. y Raistrick, D. (1986). The validity of the Short Alcohol Dependence Data Questionnaire (SADD): A short self-report questionnaire for assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addictions*, 81, 217-222.
- Elal-Lawrence, G., Slade, P.D., y Dewey, M.E. (1986). Predictors of outcome type in treated problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 47,41-47.
- Fremantle, N., Gill, P., y Godfrey, C. (1993). *Brief interventions and alcohol abuse*. Effective Health Care Bulletin No. 7. London: Department of Health.
- Gordis, E. (1995). The National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism: Past accomplishments and future goals. *Alcohol Health & Research World*, 19, 5-11.
- Health Departments of Great Britain. (1990). *General practice in the national health service: The 1990 contract*. London: Her Majesty's Stationary Office.
- Heather, N. (1989). Psychology and brief interventions. *British Journal of Addictions*, 84, 357-370.
- Heather, N. (1996). The Public Health and Brief Interventions for Excessive Alcohol Consumption: The British Experience. *Addictive Behaviors*, 21, 857-868.
- Holder, H.D., Longabaugh, R., Miller, W.R. y Rubonis, A.V. (1991). The cost-effectiveness of treatment for alcohol problems: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.

- Institute of Medicine, (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington D.C.: National Academic Press
- Kristenson, H., Ohlin, H., Hulten-Nosslin, M., Trell, E. y Hood, B. (1983). Identification and intervention of heavy drinking in middle-aged men: Results and follow-up of 24:60 months of long term study with randomized controls. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, 203-209.
- Medina-Mora, M.E., Tapia, C.R., Sepúlveda, J., Otero, M.R., Rascón, M.L., Solache, G., Lazcano, S., Villatoro, J., Marino, M.C. y López, E.K. (1989). Patrones de Consumo de Alcohol y Síntomas de dependencia. *Revista Latinoamericana de Alcohol y Drogas*, 1, 47-58
- Miller, W.R. (1986/1987). Motivation and treatment goals. *Drugs and Society*, 1, 133-151.
- Miller, W.R. y Brown, J.M. (1991). Self-regulation as conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. En Heather, N. Miller, W.R. y Greeley, J. (Eds). *Self-Control and The Addictive Behaviours*, pp.3-79. Sydney: Maxwell Macmillan.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford.
- Miller, W.R., Leckman, A.L., Delaney, H.D. y Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 249-261.
- Minicucci, D.S. (1994). The challenge of change: Rethinking alcohol abuse. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 373-380.
- Orford, J. y Keddie, A. (1986). Abstinence or controlled drinking in clinical practice: A test of the dependence and persuasion hypothesis. *British Journal of Addictions*, 81, 495-504.
- Riley, D.M., Sobell, L.C., Leo, G.I., Sobell, M. y Klajner, F. (1987). Behavioral treatment of alcohol problems: a review and a comparison of behavioural and non-behavioural studies. In Cox W.M. (Ed.) *Treatment in prevention of Alcohol Problems: A resource manual*. New York: Academic Press.
- Rosovsky, H., Casanova, L., Gutiérrez, R. y González, L. (1994). Los accidentes y la violencia en México: El consumo de alcohol como factor de riesgo. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatria*, pp.61-64.
- Sánchez-Craig, M., Annis, H.M., Bornett, R. y MacDonald, K.R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behavioural program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 390-403.
- Sánchez-Craig, M. y Lei, H. (1986). Disadvantages of imposing the goal of abstinence on problem drinkers. *British Journal of Addictions*, 81, 502-512.
- Skinner, H.A. y Horn, J.L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS): User's guide*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1992). Timeline followback: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. En Allen, J. Litten, R.Z. (Eds.) *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*. New Jersey: Human Press.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1993a). Treatment for problem drinkers: a public health priority. In Baer, J.S., Marlatt, G.A., y McMahon, R.C. (Eds). *Addictive Behaviors Across the Life Span: prevention, treatment and policy issues*. Newbury Park: Sage.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1993b). *Problem Drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C. y Gavin, D.R. (1995). Portraying Alcohol Treatment Outcomes: Different Yardsticks of Success. *Behavior Therapy*, 26, 4, 643-670.

- Sobell M.B., Sobell, L.C. y Toneatto, T. (1991). Recovery from alcohol problems without treatment. En Heather, N. Miller, W.R. y Greeley, J. (Eds). *Self-Control and The Addictive Behaviours*, pp.182-242. Sydney: Maxwell Macmillan.
- Zwerling, C., Sprince, N.L., Wallace, R.B. y Davis, C.S. (1996). Alcohol and occupational injuries among older workers. *Accident Analysis & Prevention*, 28, 371-376.

## RESUMEN

En este trabajo se presentan los resultados de la aplicación de una intervención breve de corte cognoscitivo-conductual aplicado en la Ciudad de México, a una muestra de 177 individuos con problemas de abuso en el consumo de alcohol. El programa terapéutico se caracteriza por ser una intervención motivacional que emplea procedimientos de autocontrol, análisis funcional de la conducta de beber, y la identificación de situaciones individuales de riesgo, para promover un cambio en la conducta de consumo excesivo del individuo.

Los resultados encontrados muestran que el consumo excesivo de alcohol de los sujetos expuestos al tratamiento se modificó hacia un patrón de consumo moderado, el cual se observa que se mantuvo en el seguimiento realizado a los 6 y 12 meses de haber terminado el tratamiento. Este cambio se vio acompañado de una reducción de problemas asociados al consumo de alcohol y un incremento en la confianza situacional para controlar episodios de consumo excesivo.

Se discuten las implicaciones de estos resultados en el desarrollo de políticas de salud pública que propicien esquemas de intervención breve y temprana con esta población, y que estas acciones se vean sujetas a un proceso de evaluación empírica que constate su efectividad y costo-beneficio.

Palabras clave: tratamiento, alcoholismo, autocontrol, terapia cognoscitivo-conductual, bebedores problema, moderación, evaluación, efectividad, intervención breve, costo-beneficio.

## ABSTRACT

This article presents the results of the application of an out-patient cognitive-behavioral treatment program in Mexico City with a sample of 177 subjects with alcohol related problems. The treatment program is characterized as a motivational intervention that uses self-control procedures, a functional analysis of drinking behavior, and the identification of risk situations for excessive drinking as a bases to promote a change in the individual's addictive behavior.

The outcome results show that the subject's pattern of excessive drinking changes to a pattern of moderate drinking as a result of their participation in the treatment program, and that this change is maintained at follow-up at 6 and 12 months after treatment. This change was accompanied by a reduction of their alcohol related problems as well as a increase in their situational confidence in controlling excessive drinking episodes.

The implications of these results in the development of public health policies that favor the promotion of early and brief interventions with this populations is examined as well as the need to subject such actions to systematic evaluation of their effectiveness and efficacy.

Key Words: treatment, alcoholism, self-control, cognitive behavioral therapy, problem drinkers, moderation, outcome evaluation, efficacy, brief interventions, costs and benefits.