



Antecedentes teóricos del modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema.¹

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
MODULO I	13
Panorama Epidemiológico en México	
MODULO II	17
Alternativas de Intervención	
MODULO III	23
Teoría del Aprendizaje Social	
MODULO IV	29
Espectro de Bebedores y Oportunidades de Intervención	
MODULO V	32
Intervenciones Breves e Introducción al “Modelo de Detección Temprana e Intervención Breve para Bebedores Problema”	
ANEXO	44
Criterios del DSM-IV Preguntas más frecuentes respecto al consumo de alcohol	

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 como 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, y
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 el 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 un 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%.

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 un 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 del 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 el 6% de las mujeres se consideraban bebedores fuertes. Se pueden considerar bebedores en riesgo al 28.2% de los hombres y el 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 el 2001 en el concentrado nacional de adicciones del ISSSTE se registra un 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, etc.

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 **ex-plosivo-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 hom-

bres 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. García, A. A. (1972) **El maguey y el pulque en Tepetlaoxtoc.** *Comunidad* 38, 460-475.
5. Lomnitz, L. (1983). **Supervivencia en una barriada de la ciudad de México.** *Demografía y Economía*, 7.
6. 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.
7. Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología (2002). **Encuesta Nacional de Adicciones 2002**, México.
8. Consejo Nacional contra las Adicciones. **Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas.** 2002.
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 un 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

OBJETIVO

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, enfatizan-



do 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 par-

te 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.

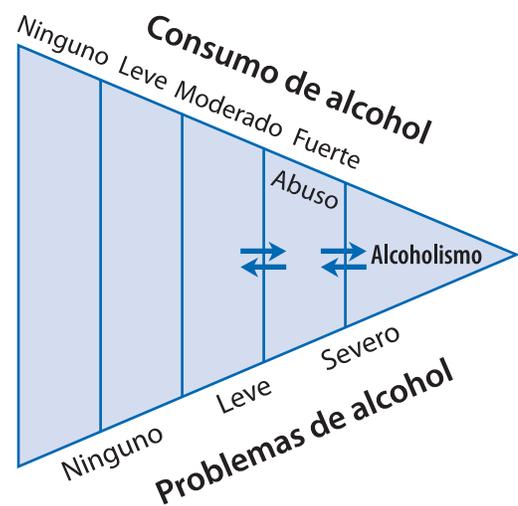


Figura 1.

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).

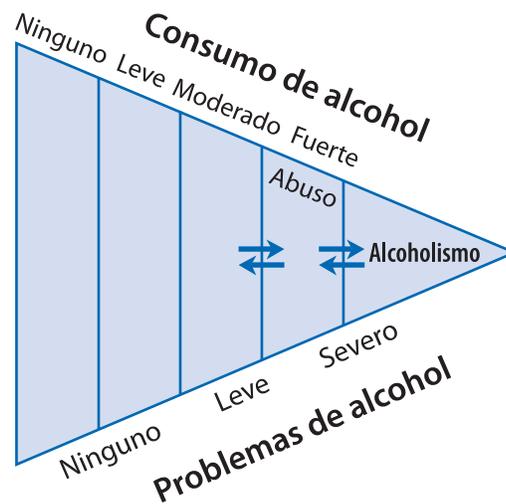


Figura 2.

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 po-



blación 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 con 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 aquéllas 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 tratamien-**

to 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 6 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 un 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; Niremborg, Sobell y Sobell, 1980; Panepinto y Higgins, 1969). Se reportó que el 82% de los usuarios completaron el tratamiento cuando el consejero los llamó comparado con el 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 im-

pacto directo que tiene sobre la conducta. Las investigaciones cuestionan si hay relación entre una intervención breve y la abstinencia al alcohol. En una primer 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 6 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, con 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 rea-

lizar 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 un 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: 1 trago estándar por ocasión para la mujer y 2 por ocasión para el hombre. En otros países, donde el consumo no es diario, se recomienda no exceder la ingesta de 2 a 4 tragos por ocasión. Ya que parece haber un efecto protector para el problema de isquemia hasta con 3 tragos por ocasión. Lo que sí es seguro es que nunca debe excederse la cantidad de 4 tragos estándar por ocasión ni de 12 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 4 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 ries-*

go, 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 el 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 el 26% en el grupo de control, o sea una diferencia del 18%.

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 un 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 y enfermedades 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, el 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 Kgs, de peso, oxidará unos 12 c. c. de etanol (1 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. Bien, T. H. y cols. (1993): **Brief interventions for alcohol problems: A review.** *Addiction*, 88, 315-336.
2. Anderson, P. And Scott, E. (1992) **The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men.** *British Journal of Addiction*, 87, 891-900.
3. Koumans, A. J. R. y Muller, J. J. (1965) **Use of letters to increase motivation for treatment in alcoholics.** *Psychological Reports*, 21, 327-328.
4. Bien, T., Miller, W. Y Tonigan, J. (1993) **Brief interventions for alcohol problems: a review.** *Addictions*, 88, 315-336.
5. 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.
6. Edwards Marlatt y Miller (1977); et. Al. **Alcoholism: A Controlled Trial of Treatment and Outcome.** *Q.J. Stud Alcohol*.
7. 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 Outcomes*, 117-153. New York: Brunner/Mazel.
8. 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.
9. 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
10. Bien, T.H., y cols. (1993). **Brief interventions for alcohol problems: A review.** *Addiction*, 88, 315-336.
11. 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.
12. Heather, N., Whitton, B., y Robertson, I. (1986), **Evaluation of a self-help manual for media-recrutied problem drinkers: Six month follow-up results.** *British Journal of clinical psychology*, 25, 19-39.
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 alco-**



- hol 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.
17. 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.
18. Kristenson, H., Ohlin, H., Hulten,-Nosslin, M.B., Trel, 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* , 7, 203-209.

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 3 o más de los siguientes síntomas que ocurren en el mismo período de 12 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 recuperarse 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 9 o menos copas así como los hombres que toman 12 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? 