

## Modelos de detección temprana

*Lic. Leticia Echeverría San Vicente*  
*Universidad Nacional Autónoma de México*  
*Facultad de Psicología*

**B**uenos días. En primer lugar quiero agradecer a las autoridades de la Fundación de Investigaciones Sociales y al doctor Elizondo el haberme invitado a este seminario.

Presentaré un modelo de tratamiento que llamamos “de prevención secundaria”, cuyo objetivo es hacer una detección temprana y una intervención breve. Este modelo fue dirigido, hasta principios de este año, por el doctor Héctor Ayala, y actualmente sus colaboradores le damos seguimiento.

## PESO DEL ABUSO DE ALCOHOL EN MÉXICO

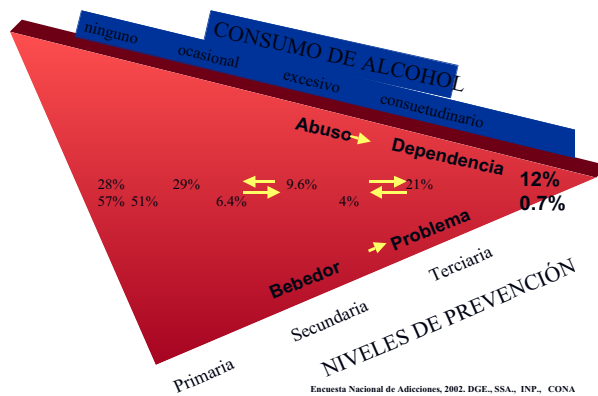
- **El abuso en el consumo de alcohol en México, es responsable del 9.3% del total AVISA perdidos por las siguientes causas:**
  - ✓ **Cirrosis**           **39%**
  - ✓ **AVM**               **15%**
  - ✓ **Accidentes**       **18%**
  - ✓ **Dependencia**   **18%**
  - ✓ **Homicidios**       **10%**

**Fuente: Frenk y cols., 1994**

Todos conocemos la información que hay alrededor del abuso en el consumo de alcohol, las consecuencias que tiene, así que sólo hablaré de un dato que tiene especial importancia. El doctor Frenk y colaboradores señalan que el 9.3 por ciento de los

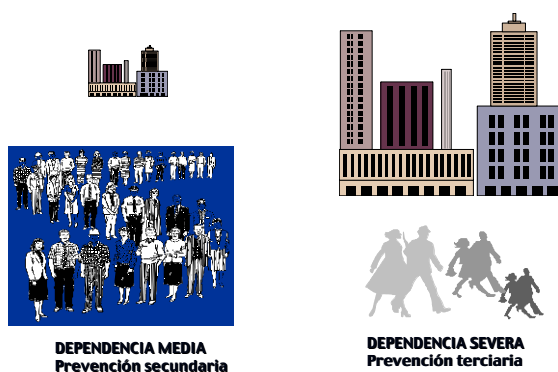
días de vida sanos perdidos tienen que ver con el abuso antes mencionado. Básicamente está relacionado con las consecuencias que se observan en el recuadro anterior. Tres de ellas AVM (accidentes con vehículos motores), accidentes en general y homicidios, o violencia, están muy relacionadas con la el abuso de la sustancia, y no tanto con el consumo crónico.

**CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN ME  
POBLACION URBANA ENTRE 18 Y 65 AÑOS DE I**



Así es como percibimos el problema, no como un todo o nada sino como un continuo. Los porcentajes que están en la línea superior corresponden a los hombres, los que están en la línea inferior corresponden a las mujeres. El continuo inicia con aquellas personas que no consumen y, por lo tanto, no tienen problemas con su forma de beber, hasta aquellas personas que tienen una dependencia severa debido a la forma excesiva que tienen de beber. Es interesante notar que quienes están en medio, que consumen ocasionalmente o que lo hacen quizá moderadamente o que son consumidores explosivos, son quienes no son atendidos.

## TRATAMIENTO



Lo que se representa en la ilustración anterior es que tradicionalmente las personas son atendidas cuando padecen dependencia severa; es decir, la institución de salud y la mayoría de los programas están dirigidos a un bajo porcentaje de la población.

Sin embargo, quienes se inician en un problema de consumo de alcohol, que consumen en exceso y que son quienes más padecen las consecuencias de su comportamiento no son atendidos; simplemente se espera a que pasen al estadio de la dependencia severa para recibir atención. Como sucede en otros países, en México no existen servicios de atención específicamente dirigidos a esa población.

Por ello es necesario invertir esfuerzos para desarrollar programas de prevención y tratamiento, que puedan servir de base para diseñar acciones preventivas secundarias en esta esfera.

Los programas para esta población se desarrollaron principalmente en Europa, con el objetivo de detectar a quienes se inician en el problema e intervenir para detener el patrón de consumo.

La **OMS** recomienda estos programas como una estrategia terapéutica adecuada en tanto que comprende:

- a) **La identificación temprana** de personas en riesgo,
- b) **La disposición del tratamiento** antes de que el consumo pueda causar dependencia severa

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda este tipo de programas que busca la identificación temprana de las personas en riesgo y la disponibilidad de tratamiento antes de que el problema pueda causar una dependencia severa. De la misma forma, a partir del año 2000 el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), señala entre sus prioridades que se debe desalentar el inicio en el uso de sustancias, pero, si no se pudiera, lo que procedería sería detectar en forma temprana el uso e intervenir para disminuir o minimizar los daños a la salud por el abuso de éstas.

Por lo anterior, a partir de 1993 el equipo de trabajo del doctor Ayala iniciamos un programa de tratamiento dirigido a la población secundaria. El objetivo es minimizar, reducir o eliminar el daño ocasionado por el abuso en el consumo de alcohol.

**Programa de consulta externa que se ha venido adaptando a la población mexicana desde 1993.**

- **Piloteo inicial del modelo de Auto Cambio Dirigido, 76 usuarios (1993).**
- **Convenio UNAM-ARF (Canadá) para la aplicación formal a una muestra de 177 personas (1995).**
- **Convenio de colaboración institucional UNAM-IMSS para la diseminación del Modelo de Auto Cambio Dirigido para Bebedores problema (1998).**
- **Convenio de colaboración UNAM-CIJ-ISSSTE para la diseminación del Modelo (2003, en proceso)**

Este programa ha tenido diferentes momentos como se puede ver en el recuadro anterior. Se inició en 1993, en México. Primero trabajamos en un piloteo con 76 usuarios, con objeto de adaptar a nuestro país todas las características del modelo. Posteriormente hicimos un convenio con Canadá, para saber cómo funciona en México este tipo de modelo, con una muestra de 177 personas.

Con estos resultados iniciamos un trabajo de colaboración con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para probar el modelo. A dicho Instituto le interesa capacitar a sus médicos que se encuentran en el primer nivel de atención; es decir, médicos familiares que se caracterizan por tener la posibilidad de detectar en forma temprana a las personas que tienen problemas con su forma de beber. Actualmente tenemos un nuevo convenio en colaboración, por un lado, con Centros de Integración Juvenil (para que sus terapeutas se capaciten en este tipo de intervenciones tempranas y breves). Por otra parte, se iniciará un trabajo de colaboración con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a fin de evaluar la posibilidad de trabajar de la misma forma en que lo hicimos en el Instituto mexicano del Seguro Social (IMSS).

## **CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN BREVE**

- **Su impacto reside en la motivación para el cambio.**
- **Se asume que el individuo puede cambiar su comportamiento con un mínimo de ayuda.**
- **La intervención breve busca elevar el nivel de conciencia de la persona sobre su problema relacionado con su forma de consumo.**
- **El cambio conductual se gesta al crear una percepción de discrepancia entre:**
  - ✓ **Las metas que desea alcanzar.**
  - ✓ **El grado actual del problema del individuo.**

En este recuadro se muestran cuáles son las características de esta intervención. A diferencia de un programa como el de Alcohólicos Anónimos (A.A.), a donde una persona llega porque “tocó fondo” en su problema de consumo de alcohol, en el nuestro las personas es posible que aún no detecten que tienen un problema por la forma en que está bebiendo, y posteriormente motivarlo para comprometerse a cambiar

su conducta y a reorganizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Asumimos que puede cambiar de forma de beber con un mínimo de ayuda. Ésta es la parte emocional que nos inicia en el cambio.

## **ESTRATEGIAS CENTRALES DEL TRATAMIENTO**

- ✓ **Participación conjunta del terapeuta y el usuario utilizando estrategias motivacionales.**
- ✓ **Identificación de las etapas de cambio.**
- ✓ **Entrenamiento en estrategias de auto-control.**
- ✓ **Análisis funcional de la conducta de beber, (antecedentes y consecuentes).**
- ✓ **Entrenamiento en estrategias de afrontamiento.**
- ✓ **Uso óptimo de redes y recursos sociales.**
- ✓ **Prevención de recaídas.**

En este recuadro se observa que el trabajo es conjunto, y que el paciente participa activamente. Nos interesa mucho identificar las etapas de cambio, y trabajar los aspectos que se muestran. Más adelante veremos con más detalle el último de éstos: “prevención de recaídas”. El individuo al que va dirigido el programa es el bebedor problema cuyas características se enlistan en el recuadro siguiente.

## **BEBEDOR PROBLEMA**

**Una definición clínicamente útil de un bebedor problema, es aquella persona que presenta :**

- **Breve historia de consumo excesivo .**
- **Problemas leves en áreas económicas, laborales y/o familiares.**
- **Dependencia media al alcohol.**
- **Su nivel de ingestión lo pone en riesgo.**
- **Su nivel de ingestión le proporciona consecuencias positivas, pero también negativas.**

Una persona que tiene una dependencia media al alcohol es aquella que dice que le gusta beber, porque la hace sentir bien, estar contenta, pero que le provoca problemas.

Precisamente esta discrepancia entre las consecuencias positivas y las negativas es lo que permitirá comenzar el trabajo con ellos. Ahora bien, ¿cómo funciona el programa?



Se inicia con una admisión que permite detectar que una persona tiene las características que permitirán trabajar con él de manera adecuada. En ese momento se realiza un trabajo de motivación para iniciar el cambio. Después, mediante una evaluación inicial, se hace un análisis funcional de la conducta que permite ver cuáles son las situaciones de riesgo, cuál es el patrón de consumo y qué consecuencias está teniendo. Con esta información se crea un paquete de tratamiento que permite, a través de cuatro pasos de trabajo (que pueden ser varias sesiones de trabajo):

- Primero, tomar la decisión de cambiar (“a partir de las consecuencias positivas y negativas ¿en qué momento me puedo motivar para iniciar el proceso de cambio?”), y aquí se hace un primer establecimiento de metas que puede consistir en la abstinencia

o la moderación. Creemos que la abstinencia es la meta ideal, pero vemos en la moderación un objetivo muy adecuado en este nivel de dependencia de la persona.

- Segundo, se identifican las situaciones que llevan a consumir en exceso. Un bebedor problema, a diferencia de una persona con dependencia severa, es aquel que a veces puede controlar su consumo y otras bebe en exceso. Éste debe identificar cuáles son esas situaciones que lo llevan a consumir en exceso y crear una serie de estrategias que le permitan evitar que caiga o vuelva a caer en ellas.
- Tercero, en esta sesión se presenta un programa general de solución de problemas en donde el paciente describe las opciones de cada situación y sus probables consecuencias, así como los planes de acción para las opciones más factibles y realistas. Los pone en práctica, ve cómo funcionan, y el terapeuta sólo guía el proceso.
- Cuarto, si los planes de acción funcionan se establece una segunda meta, y el paciente decide si toma el rumbo de la abstinencia o se establece en la moderación. Posteriormente se hace un seguimiento de 12 meses. A lo largo de éste se ve si hubo recaídas.

La recaída no se considera un fracaso del tratamiento sino como una posibilidad de aprendizaje. Si en una situación éste no funcionó adecuadamente se piensa qué es lo que se puede hacer para evitarlo en el futuro. Si el tratamiento tiene éxito se da de alta al paciente al doceavo mes.

A continuación se presentan algunos resultados de las dos muestras más importantes.

A la izquierda del siguiente recuadro se presenta el resumen del trabajo realizado con el gobierno de Canadá, y a la izquierda el del trabajo realizado en el IMSS.

## CARACTERISTICAS DE LAS MUESTRAS

DATOS 1993		DATOS 1998	
Edad promedio	38 años	Edad promedio	37 años
Género:		Género:	
Masculino	86 %	Masculino	91 %
Femenino	14 %	Femenino	9 %
Años de educación	14 años	Años de educación	12.5 años
Estado civil:		Estado civil:	
Casados	55 %	Casados	69 %
Solteros	36 %	Solteros	25 %
Separados	9 %	Separados	6 %
Con empleo	77 %	Con empleo	95.6 %
	n = 177		n = 71

Ayala y cols., 2000

Como se observa, los datos en general son muy parecidos. La mayoría de las personas son de sexo masculino, todavía tienen empleo y muchos están casados, lo que demuestra que quienes tienen una dependencia media al alcohol todavía tienen intactas sus redes de apoyo familiares, sociales y laborales, y esto permite que nuestra intervención sea breve.

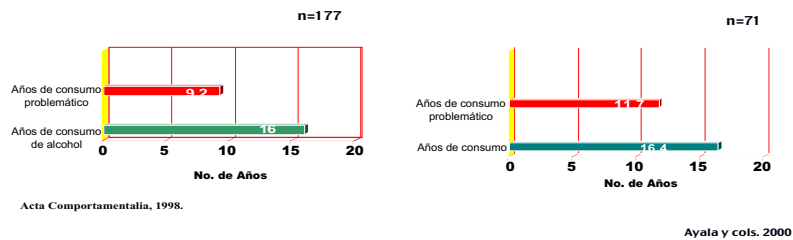
## LUGAR DE RESIDENCIA DE USUARIOS

**n = 71**

<b>D.F.</b>	<b>94%</b>
<b>TLAXCALA</b>	<b>3%</b>
<b>PUEBLA</b>	<b>1.5%</b>
<b>QUERETARO</b>	<b>1.5%</b>

En la primera muestra trabajamos en clínicas del Distrito Federal, pero también trabajamos en Tlaxcala, en Puebla y en Querétaro.

### HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL



En estas gráficas se muestran los periodos de consumo de los pacientes, que es de aproximadamente 16 años, 10 de los cuales fueron de consumo problemático, lo que para nosotros es un periodo breve; es decir, se trató de personas que se iniciaron en el consumo a los 18 años de edad. En el siguiente recuadro se muestra el porcentaje, por bebida de preferencia, que reportaron los pacientes al llegar. La media de las dos muestras, 177 y 71 pacientes, beben aproximadamente una botella a la semana.

El problema no es la cantidad que beben sino que lo hacen en sólo un par de días. El máximo reportado fue de dos y media botellas por semana.

## CONSUMO n=71

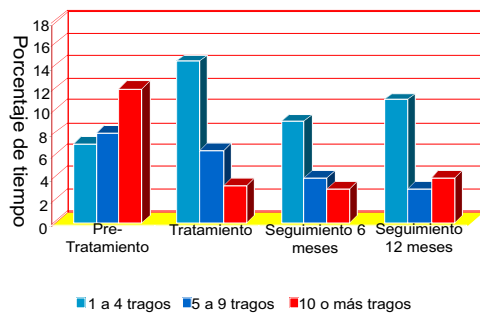
- ☐ **Destilados**            **48%**
- ☐ **Cerveza**                **41 %**
- ☐ **Vino**                      **10%**
- ☐ **Pulque**                    **1%**

## MEDIA DE TOTAL DE TRAGOS ESTANDAR AL AÑO 725 tragos (1 botella por semana)

( MÍNIMO 85 TRAGOS – MÁXIMO 2077 2 1/2 botellas por semana)

En seguida se presentan gráficas que ilustran los patrones de consumo, y donde se aprecia que el 80 por ciento del tiempo las personas no beben en nuestro país, pero cuando lo hacen (estos son datos de pretratamiento) es en forma excesiva ; es decir, de cinco a nueve tragos estándar por ocasión de consumo, o en forma muy excesiva: 10 o más tragos por ocasión.

## PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL n=177



Acta Comportamental, 1998

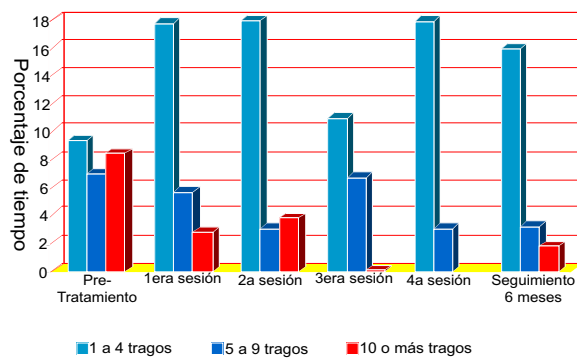
Un porcentaje del tiempo consumen en forma moderada. Como ya se dijo ésta es una de las características de un bebedor problema: sabe beber mesuradamente, pero

también consume en exceso. Durante el tratamiento, como se puede ver, las barras se invierten; esto es, la mayor parte del tiempo se bebe en forma moderada, aunque se siguen presentando consumos excesivos y muy excesivos.

Éstos constituyen las recaídas, el rompimiento de las metas del tratamiento que les damos. Posteriormente, en el seguimiento, hay una disminución de ocasiones de consumo, un incremento de la abstinencia y se siguen situaciones de consumo excesivo y muy excesivo que se relacionan directamente con recaídas, y ahí aplicamos el programa. Como se ve en el seguimiento de 12 meses hay un incremento en el consumo moderado, pero, una vez más, persisten los consumos extremos.

### PATRON DE CONSUMO DE ALCOHOL

N=71

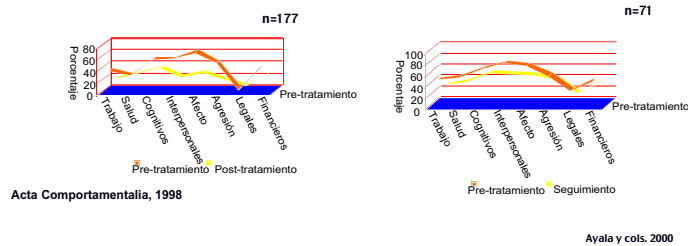


Ayala y cols. 2000

Esta gráfica corresponde a la muestra que se trabajó con los médicos en el IMSS.

Se puede ver el comportamiento de los pacientes en las cuatro sesiones de tratamiento. Nótese cómo disminuyeron los días de consumo muy excesivo, que son los días de mayor riesgo. El resultado del seguimiento fue que hubo más días de consumo moderado y muy pocos de consumo excesivo y muy excesivo.

## PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL



En el recuadro anterior se muestran las consecuencias de beber en forma excesiva, en las áreas laboral, de salud, cognitiva, interpersonal, afectiva, agresión, legal y financiera. En la preevaluación, durante el inicio del tratamiento, las consecuencias son mucho mayores. Durante el seguimiento se observó que éstas bajan significativamente.

Los resultados de este estudio controlado de campo sobre la aplicación del programa, muestran que se dieron cambios importantes en el patrón de consumo de bebidas alcohólicas en una porción significativa del grupo de bebedores atendidos que tenían niveles medios de dependencia al alcohol. Los cambios en el patrón de consumo se vieron acompañados de un decremento de los problemas en algunas áreas de su vida. Estos resultados concuerdan con los datos obtenidos de la aplicación del programa en otros países y constatan la validez transcultural del modelo en nuestra realidad social.

A partir de 1993 hemos ido generando diferentes opciones de tratamiento. Así, una vez que hemos visto que un tratamiento funciona, lo que se debe hacer es difundir el programa para que otras instituciones lo conozcan y lo presenten como una opción viable.

Nos dimos cuenta de que el tratamiento no es adecuado para adolescentes, por lo que empezamos un proyecto destinado a este grupo. Asimismo, estamos evaluando un modelo de intervención breve para consumidores de cocaína, que requiere de características especiales, y otro modelo cognitivo conductual para fumadores, que no padecen una dependencia severa al tabaco.

Por otro lado, hemos echado a andar dos cursos dirigidos a capacitar a las personas para que conozcan los programas y los apliquen. Junto con el CONADIC implementamos un curso en línea para computadora, a través del cual uno se puede capacitar con la asesoría de tutores a distancia.

