

*FISAC agradece la participación de la **OPS/OMS** en sus seminarios científicos, y su cooperación para difundir, en los países de la Región de las Américas, los debates y ponencias que de aquéllos emanan.*





Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.

**Misión:**

**Promover el conocimiento y la responsabilidad respecto a las bebidas con alcohol** (sustentar su función en la sociedad, ayudar a evitar el uso inadecuado y desalentar todo tipo de abuso) **para una mejor convivencia social.**

LA FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIALES, A. C.  
AGRADECE EL APOYO DE LAS SIGUIENTES EMPRESAS

*Bacardí y Cía.*  
*Casa Cuervo*  
*DIAGEO*  
*Grupo Televisa*  
*Industrias Vinícolas Pedro Domecq*  
*La Madrileña*  
*Möet-Hennessy*  
*Pernod Ricard*  
*Tequila Herradura*

# Cuadernos FISAC

Órgano de Difusión del Comité Científico de la Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.  
Febrero, 2004 Año 5 Vol. 1 Número 019

## ·SOCIOS FUNDADORES

*Emilio Azcárraga Milmo* †  
*Nazario S. Ortiz Garza* †

## ·DIRECTOR GENERAL

*Ignacio Ybarra Duperou*

## ·PRESIDENTES HONORARIOS

*Antonio Ariza Cañadilla*  
*Isaac Chertorivski Shkoorman*

## ·COORDINADOR EDITORIAL

*Haydeé Rosovsky T.*

## ·PRESIDENTE EJECUTIVO

*Gastón T. Melo Medina*

## ·COMITÉ EDITORIAL

*Alicia Argüelles Guasquet*  
*Federico Cabrera Amescua*  
*Gastón T. Melo Medina*  
*Haydeé Rosovsky T.*

## ·PATRONATO 2004

### PRESIDENTE

*Antonio Ariza Alduncin*

## ·EDITOR

*Alberto Téllez Aguilar*

*Emilio Azcárraga Jean*

*Juan Domingo Beckmann Legorreta*

*Marc Beuve Mery*

*William Bullard*

*Juan Grau*

*Jorge Kanahuati Gómez*

*Cristóbal Mariscal Estrada*

*Jaime Mijares Noriega*

*Alejandro Quintero Iñiguez*

*Héctor Quirarte Gutiérrez*

*Manuel Rubiralta Díaz*

*Jerome Seignon*

*Jorge Terrazas Ornelas*

*Salomón Vargas García*

*Luis Velasco Fernández*

## ·FORMACIÓN DE TEXTOS E IMPRESIÓN

*Typo graphics, S. A. de C. V.*



# Índice de contenido

---

## **Bienvenida**

*Gastón T. Melo Medina*  
pág. 7

## **Introducción**

*José Antonio Elizondo López*  
pág. 9

## **Modelos de detección temprana**

*Leticia Echeverría San Vicente*  
pág. 11

## **Modelos profesionales de tratamiento**

*Mario Souza y Machorro*  
pág. 25

## **Los grupos de ayuda mutua en la recuperación del alcoholismo**

*Haydeé Rosovsky T.*  
pág. 47

## **Modelos de prevención de la recaída**

*Hugo González Cantú*  
pág. 59

## **Norma Oficial Mexicana (NOM) y su seguimiento en el tratamiento del alcoholismo**

*José Manuel Castrejón Vacio*  
pág. 71

## **Comentarios finales y conclusiones**

*José Antonio Elizondo López*  
pág. 83

*Nota: Los contenidos y opiniones expresados en las ponencias son responsabilidad de los autores y participantes, y no reflejan la opinión de la Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.*

---

**Portada:** *Los peligros del alma* (siglo XVIII). Óleo sobre tela, 123 x 263 cm. **Autor:** Anónimo. Detalle. Pinacoteca del Templo de la Profesa. Tomado de *Beber de tierra generosa. Historia de las bebidas alcohólicas en México*, pág. 87. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. FISAC, 1998.

# Seminario permanente: “Investigación, cultura y salud”

## *Modelos de tratamiento para el alcoholismo*

### **Bienvenida**

*Dr. Gastón T. Melo Medina*

*Presidente ejecutivo de FISAC*

Muy buenos días. Hace dos días me entregaron en la oficina el *Cuaderno FISAC* que corresponde al seminario más reciente, que trató sobre el tema de la depresión y el abuso en el consumo de alcohol, y me llamó la atención ver que estamos ya en el número 18. Esto quiere decir que en el mismo número de ocasiones nos hemos reunido aquí y hemos hablado de temas que tienen que ver con esta promoción de una cultura relacionada con el alcohol, una sustancia con la que convivimos desde hace muchos miles de años. Hemos estado aquí entre profesionales, (aprovecho para agradecerles su entusiasmo, su presencia asidua en estos seminarios), abordando asuntos relacionados con el consumo de alcohol, y generando una cultura de conocimientos multidisciplinarios en torno a él. El nombre de este seminario permanente es “Investigación, cultura y salud”, porque debemos dar la importancia debida a este fenómeno del consumo de alcohol, que puede representar un peligro potencial. Creo que no se le ha dado la relevancia pertinente a dicho consumo, y en buena medida a ello se debe el surgimiento de problemas.

En este nuestro último seminario del año 2003 revisaremos un tema que es de suma importancia: el tratamiento de los enfermos alcohólicos y de aquellos que han desarrollado problemas importantes por su forma de beber. Contamos para ello con

\*Seminario realizado en la Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. (FISAC), el día 27 de noviembre de 2003.

la participación de especialistas en esta materia, que en esta ocasión han sido convocados por el doctor José Antonio Elizondo López, amigo y consejero de esta Fundación.

El doctor Elizondo, como todos sabemos, ha dedicado su vida profesional al tratamiento del alcoholismo, y el día de hoy nos hará el favor de moderar esta mesa.

Se abordarán diversos modelos de atención y sus aspectos teóricos y normativos, que sin duda nos permitirán actualizar el conocimiento que tenemos acerca de qué se hace en México en esta área. En la Fundación nunca hemos soslayado el peso que para la salud pública representan los problemas relacionados con el abuso en el consumo de alcohol, entre ellos el sufrimiento y las pérdidas personales y sociales de los enfermos que han desarrollado dependencia al etanol y que, por lo tanto, requieren ayuda. Por ello les invito, estoy seguro de que lo haremos todos con interés, a escuchar los trabajos que hoy presentarán nuestros invitados.



## Introducción

*Dr. José Antonio Elizondo López*  
*Coordinador*

**M**e permito presentar a los ponentes de este seminario, no sin antes enfatizar la importancia del tema, Creo que los modelos de intervención para tratamiento de los problemas relacionados con el consumo excesivo del alcohol constituyen actualmente una “torre de babel”, y es importante poner orden en el caos. Nuestros ponentes pertenecen a las instituciones más importantes que trabajan en el campo del tratamiento del alcoholismo en México.

En primer lugar intervendrá la licenciada Leticia Echeverría San Vicente, quien es catedrática de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con el tema “Modelos de detección temprana”.

El doctor Mario Souza y Machorro, de los Centros de Integración Juvenil expondrá el tema “Modelos profesionales de tratamiento”.

La doctora y maestra en salud pública, Haydé Rosovsky, de esta casa, de la Fundación de Investigaciones Sociales, y también investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”, hablará sobre “Los grupos de ayuda mutua en la recuperación del alcoholismo”.

El doctor Hugo González Cantú, jefe de la Unidad del Centro de ayuda al alcohólico y sus familiares (CAAF) presenta “Los modelos de prevención de la recaída”.



Finalmente, la participación del licenciado José Castrejón Vacio, secretario técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones, se titula “Norma Oficial Mexicana y su seguimiento en el tratamiento del alcoholismo”.

A todos les doy la más cordial bienvenida.



## 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:**

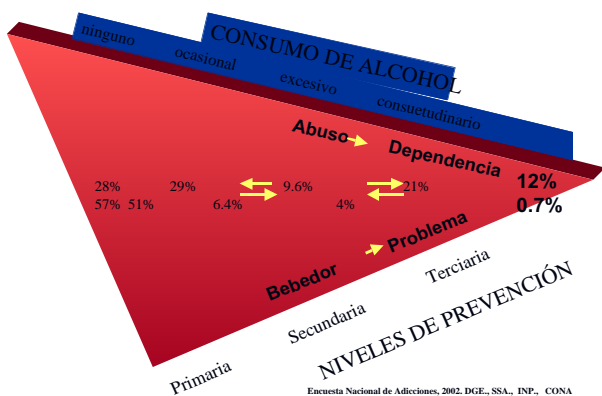
✓ <b>Cirrosis</b>	<b>39%</b>
✓ <b>AVM</b>	<b>15%</b>
✓ <b>Accidentes</b>	<b>18%</b>
✓ <b>Dependencia</b>	<b>18%</b>
✓ <b>Homicidios</b>	<b>10%</b>

**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

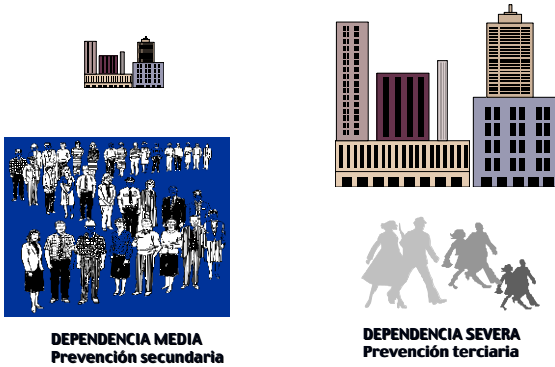
días de vida sanos perdidos tienen que ver con el abuso antes mencionado. Básicamente está relacionado con las consecuencias que se observan en el recuadro anterior. Tres de ellas AVM (accidentes con vehículos motores), accidentes en general y homicidios, o violencia, están muy relacionadas con la el 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 piloto 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?

### PROGRAMA DE AUTOCAMBIO DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA



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.

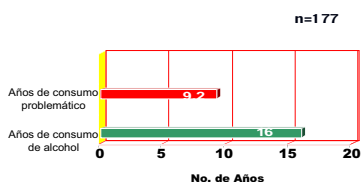
## LUGAR DE RESIDENCIA DE USUARIOS

**n= 71**

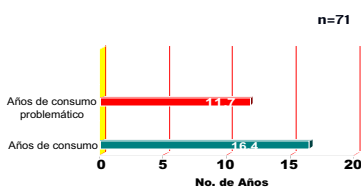
<b>D.F.</b>	<b>94%</b>
<b>TLAXCALA</b>	<b>3%</b>
<b>PUEBLA</b>	<b>1.5%</b>
<b>QUERETARO</b>	<b>1.5%</b>

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



Acta Comportamental, 1998.



Ayala y cols. 2000

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

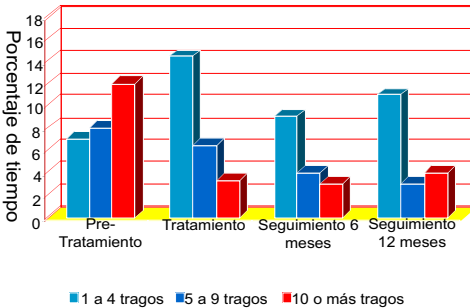
- ☐ **Destilados**                      **48%**
- ☐ **Cerveza**                              **41%**
- ☐ **Vino**                                      **10%**
- ☐ **Pulque**                                    **1%**

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

( MÍNIMO 85 TRAGOS    –    MAXIMO 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

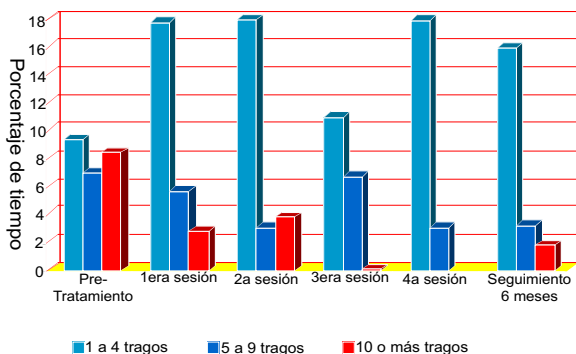
Un porcentaje del tiempo consumen en forma moderada. Como ya se dijo ésta es una de las características de un bebedor problema: sabe beber mesuradamente, pero

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

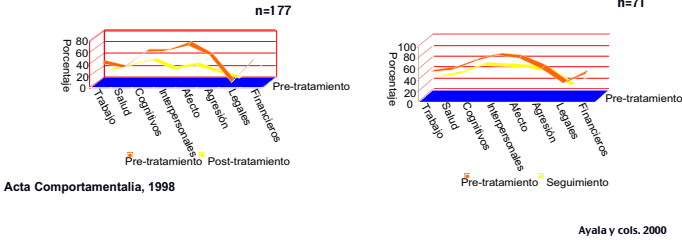


Ayala y cols. 2000

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 del 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.



## Modelos profesionales de tratamiento

*Mario Souza y Machorro*

*Centros de Integración Juvenil (CIJ)*

Agradezco al doctor Elizondo y a las autoridades de FISAC la invitación para estar en este seminario. Presentaré un programa profesional terapéutico contra las adicciones que constituye una propuesta integrativa, y que tiene por objeto revisar las posibilidades actuales de la división esquemática de un tratamiento de modelo psiquiátrico y psicoterapéutico, de ahí el adjetivo “profesional”.

Es un marco de referencia que no elimina las otras opciones terapéuticas, por supuesto, sino que las complementa y eso es lo que enriquece. El siguiente es un paradigma que me he propuesto en mi trabajo profesional

**SI LA CIENCIA ES UNA RESPUESTA  
SISTEMATICA A LA PERENNE PREGUNTA  
SOBRE EL POR QUE DE LAS COSAS  
Y EL *HUMANISMO* UNATRADICIÓN DE  
BUSQUEDA DEL BIEN SIN PONDERACION  
MORAL PROPOSITIVA,  
ENTONCES:  
¡SEAMOS CIENTÍFICOS HUMANISTAS!**



**1. MANEJO PARA PROFESIONAL.  
CARACTERÍSTICAS.**

- **Generalización y sobresimplificación del fenómeno. Tratamiento como castigo.**
- **Recomendaciones generales como guía.**
- **Indoctrinación (12 pasos) y “terapéutica” no individualizada.**
- **Terminología propia, no comparativa.**

La necesidad de profesionalizar la terapéutica adictiva surge de la presencia de distintos modelos en la comunidad, muchos de los cuales presentan deficiente sistematización, y no cuentan con supervisión teórica ni técnica ni evalúan sus acciones.

**1. MANEJO PARAPROFESIONAL. C A R  
A C T E R Í S T I C A S . 2**

- **Semántica *para* científica (tocar fondo).**
- **Creación de mitos.**
- **Misticismo, lenguaje popular no técnico.**
- **Tipificación sin nosología (etiquetación).**
- **Filosofía divergente a las neurociencias.**
- **Intervención subjetiva sin técnica ni método psicoterapéutico.**
- **No realiza prevención.**
- **No realiza evaluación.**
- **No realiza investigación.**

Como no disponen de educación formal su operación no puede afirmarse que esté habilitada para realizar manejo profesional ni investigación clínica con los cuales favorecer los planes de salud comunitaria, amén de que incumplen la normatividad vigente.

### **5. MODELO MINNESOTA (1950)**

- **Hazelden, Pioneer House y Willmar Hospital.**
- **Basa su cambio en creencias, actitudes y conducta del abusador / adicto.**
- **Concepto de adicción como enfermedad.**
- **Abstinencia total como meta de manejo.**
- **Logro de mejores estilos de vida por la asimilación de 12 pasos y 12 tradiciones.**

Ello deviene fundamental para la adecuada terapéutica y eliminación de errores que produce un ánimo divergente en la sociedad, al ser causa de iatrogenia y charlatanería.

Los programas contra las adicciones, por recomendación de la OMS, deben reunir un mismo código comunicacional y nosológico dirigido al amplio espectro adictivo: la automedicación de la que deriva el consumo perjudicial; los síndromes de intoxicación y abstinencia de cada grupo de psicotrópicos; trastornos psicóticos y amnésicos, la dependencia, su comorbilidad y la delincuencia asociada, entre otros.

**7. NOSOLOGÍA CIE-10, OMS.**

- **Automedicación y consumo perjudicial.**
- **Síndromes de intoxicación y abstinencia:**  
opiáceos, alcohol, sedantes, cocaína, anfetamínas, cafeína y nicotina, LSD 25, mezcalina, psilocibina y disolventes.
- **Trastornos psicóticos, amnésicos y dependencia (adicción).**

**8. NOSOLOGÍA CIE-10, OMS. 2**

• **COMORBILIDAD ADICTIVA:**

**TDAH Y TC; Disfunción familiar, T. por Ansiedad; Depresión; VIH/SIDA; Esquizofrenia; Tabaquismo-Cafeinismo; T. Alimentarios; T. Sueño e insomnio; Disfunción sexual-parafilias; T. Control de impulsos: cleptomanía, piromanía, juego patológico, tricotilomanía, “adicción” sexual. Consumo de fármacos de uso médico, otros.**

## **9. PROGRAMA PROFESIONAL. METAS**

- **Terapéutica residencial oportuna y de calidad.**
- **Diagnóstico integral (bio-psico- social).**
- **Abstinencia total y permanente.**
- **Tratamiento personalizado (CIE-10).**
- **Conciencia de enfermedad y capacidad para autogestión.**

El programa pretende ofrecer terapéutica residencial; diagnóstico integral biopsicosocial que permita remitir la sintomatología y mantener una abstinencia permanente; proveer actividades informativas para la educación del adicto y su familia, y el desarrollo de acciones rehabilitatorias y preventivas a la comunidad.

## **10. PROGRAMA PROFESIONAL. METAS. 2**

- **Fomento / mantenimiento de la abstinencia.**
- **Acceso permanente a información científica sobre el problema.**
- **Actividades informativas para la educación del abusador/adicto y su familia.**
- **Acciones preventivo-rehabilitatorias a la comunidad.**
- **Mantener el tratamiento a largo plazo.**

**11. PROGRAMA PROFESIONAL.  
OBJETIVOS**

- **Disminuir factores de riesgo de consumo.**
- **Incrementar factores protectores.**
- **Incorporar a la familia al tratamiento y al seguimiento posterior.**
- **Favorecer proceso autogestivo a la comunidad.**
- **Inicio expedito de rehabilitación.**
- **Generar noción de una vida sana sin drogas.**

Brindar tratamiento individualizado que ayude a crear conciencia de enfermedad y el deseo de mantener la abstinencia; acceder a la información científica sobre el problema; desarrollar la capacidad para la autogestión y mantener el propósito de un tratamiento a largo plazo.

**12. PROGRAMA PROFESIONAL.  
OBJETIVOS. 2**

- **Prevención de recaídas, promoción de crecimiento personal.**
- **Investigación epidemiológica, clínica aplicada y sociomédica.**
- **Capacitación, actualización y supervisión profesional clínica.**
- **Asesoría a instituciones de salud y otras.**
- **Generar conciencia sobre efectos nocivos del consumo de psicotrópicos.**
- **Disminuir impacto social asociado al consumo de alcohol y otras drogas.**

### 13. VISIÓN DE CONJUNTO

- **Integración psicomédica y psiquiátrica en todas sus acciones, acorde a legislación de la salud.**  
Se basa en la historia natural de la enfermedad
- **Prioriza la ubicación, orden de actuación y eficacia de sus procedimientos.**
- **Utiliza en forma consecutiva los perfiles profesionales y el procedimiento inicia al ingreso del paciente.**

Todo ello dirigido a disminuir los factores de riesgo para el consumo; incrementar y fortalecer los factores protectores ; incorporar a la familia en el manejo y, sobre todo, en el seguimiento, y favorecer el proceso autogestivo de la comunidad.

### 14. VISIÓN DE CONJUNTO. 2

- **No actúa fuera del recinto.**
- **Acciones evaluativo – correctivas aplican una vez controlado el cuadro agudo.**
- **Atiende a la vez sintomatología adictiva y comórbida.**
- **Busca remitir las recaídas y dar mantenimiento a una abstinencia productiva y responsable.**

## 15. PROGRAMA PROFESIONAL ACCIONES

- **Farmacoterapia.**
- **Psicoterapia Individual y Grupal.**
- **Psicoterapia de grupos de familias Orientación familiar.**
- **Círculo de lectura dirigida.**
- **Cine-debate terapéutico.**
- **Actividades culturales, recreativas y deportivas dirigidas y *ad libitum*.**
- **Sesiones de meditación.**
- **Grupos de Ayuda Mutua.**

El programa integra la visión medicopsicológica y psiquiátrica para realizar distintas acciones simultáneas, por lo que da prioridad a su ubicación, orden de actuación y eficacia con base en la historia natural de la enfermedad. De ello deriva la utilización consecutiva de los perfiles profesionales.

## 16. FILOSOFÍA DEL PROGRAMA.

- **Responde a la necesidad estatal y nacional de atención al problema.**
- **Integra los modelos Minnesota y Comunidad Terapéutica.**
- **Respeta los criterios C I E - 1 0.**
- **Abordaje individualizado (socio-cultural, biopsíquico y rehabilitatorio).**
- **Modelo inter y transdisciplinario: combina profesionales y paraprofesionales.**

El procedimiento se desencadena al ingreso del paciente y de las acciones clínicas evaluativo-correctivas, una vez logrado el control agudo de la sintomatología adictiva y comórbida, para remitir las recaídas y dar mantenimiento a una abstinencia productiva y responsable.

### **17. FILOSOFÍA DEL PROGRAMA. 2**

- **Ambiente libre de drogas.**
- **instalaciones *ad hoc* .**
- **Manejo residencial (urgencias e internamiento).**
- **Ambulatorio (Consulta Externa).**
- **Valoración integral: laboratorio, gabinete, evaluación psicológica, psicodiagnóstico y clinimetría.**
- **Instrumentos clínicos codificados.**

### **18. FILOSOFÍA DEL PROGRAMA. 3**

- **Modalidades psicoterapéuticas de óptica cognitivo-conductual.**
- **Supervisión a la rehabilitación escolar, laboral y socio-familiar.**
- **Discrimina y ataca las causas de recaída.**
- **Apoya al paciente con grupos Ayuda Mutua.**



Considerado de forma general y esquemática, el programa pretende responder a las necesidades nacionales de atención a los problemas causados por la adicción.

#### **19. FILOSOFÍA DEL PROGRAMA. 4**

- **Gestiona servicios de Casa de Medio Camino.**
- **Impulsa crecimiento personal vía psicoterapia cognitivo-conductual y psicodinámica.**
- **Programas de Capacitación Profesional al Personal de Salud y de Educación en Salud Mental.**
- **Programas de investigación.**
- **Publicación de sus resultados.**

#### **20. EVALUACIÓN CLÍNICA**

- **A *fortiori* previa al manejo de casos. Investiga condiciones psicofísicas al arribo.**
- **Evaluación psiquiátrica-psicológica.**
- **Dx y tratamiento de la comorbilidad.**
- **Elabora plan terapéutico o deriva a mejor alternativa de manejo.**
- **Entrevista psicológica (autoinformes, observación de la conducta y pruebas (cuantitativo-cualitativas), psicométricas, proyectivas e inventario de personalidad.**

La evaluación clínica se realiza indefectiblemente, previa al manejo de los casos.

Esto permite conocer las condiciones físicas del paciente a su arribo al servicio de urgencias o internamiento residencial. Se aplican las pruebas de laboratorio y gabinete necesarias, de acuerdo con la afectación producida sobre aparatos y sistemas.

### **21. TIPO, PERIODOS Y DURACIÓN.**

- **Actividades: clínica, informativa, educativa rehabilitatoria y preventiva.**
- **5 años duración promedio, en 3 periodos.**  
**Internamiento (Urgencias o Unidad Residencial (10 semanas).**  
**Psicoterapia cognitivo-conductual con 2 años (Internamiento y Consulta Externa).**  
**Psicoterapia psicodinámica 3 años en Consulta Externa.**

El programa reúne actividades clínicas, informativas, rehabilitatorias, educativas y preventivas, entre otras. Tiene una duración promedio de cinco años, divididos en tres periodos, que comprenden la evolución clínica y psicosocial de cada caso. La duración propuesta se basa en la experiencia, la observación clínica y los informes de promedios de duración.

## **22. INTERNAMIENTO. P R I M E R P E R I O D O**

- **10 semanas divididas en 3 fases:**
  - Valoración clínica (1 semana).**
  - Terapéutica (8 semanas).**
  - Prevención de recaídas (1 semana).**
- **Valoración de ingreso.**
- **Plan de prevención de recaídas.**
- **Psicoterapia individual, grupal y familiar.**
- **Diseño de proyecto de vida.**
- **Mantenimiento de abstinencia.**
- **Supervisión a función psicosocial y familiar.**

## **23. OBJETIVOS PSICOTERAPÉUTICOS**

- **Toma de conciencia de enfermedad y manejo de mecanismos defensivos.**
- **Desarrollo de alternativas sanas y realistas para enfrentar las presiones internas y externas.**
- **Tolerancia a la frustración y a la demora**
- **Control de los impulsos.**

Por lo general, la condición del paciente a su ingreso obliga, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, a internarlo para su estudio.

#### 24. PLAN DE CUIDADOS POSTERIORES

- **Identificación de condiciones de riesgo de consumo, técnicas y estrategias.**
- **Detección de *craving* y estrategia de afrontamiento de problemas.**
- **Uso de capacidades para *re*-aprender mecanismos de abordaje de conflictos.**
- **Promoción del crecimiento y participación social con seguimiento a largo plazo**
- **Apoyo en grupos de Ayuda Mutua.**
- **Psicoterapia psicodinámica reconstructiva y de mantenimiento de la abstinencia.**

El plan de cuidados posteriores continuos y prevención de recaídas se lleva a cabo con base en la realidad individual. Incluye el tipo de terapia que habrá de proporcionar, el lugar donde se efectuará y la frecuencia y los propósitos de las intervenciones.

#### 26. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL. ACCIONES.

- **Ubica etapa individual de evolución psíquica para el cambio actitudinal-conductual.**
- **Fomenta manejo antidictivo (comorbilidad) evitando recaídas y generando la abstinencia.**
- **Motivación de cambio, suministro de información específica e impulso a la alianza terapéutica.**
- **Elimina culpa, impulsa la responsabilidad y desmitifica creencias desadaptativas en torno a la conducta adictiva.**
- **Reeduca y conduce al paciente a la preparación de la etapa de reestructuración de su proyecto de vida.**

**27. PSICOTERAPIA INDIVIDUAL. ACCIONES. 2**

**Entrevistas y batería psicológica para establecer:**

- **Análisis de personalidad actual– premórbida y actuación durante el abuso–adicción.**
- **Tipificada la personalidad: diseño de plan terapéutico en abstinencia total, permanente y sin concesiones.**
- **Paciente–técnica–terapeuta permitirán asumir la responsabilidad del cambio sin culpa y el mejor camino rehabilitatorio.**
- **No podrá volver a interactuar con psicotrópicos salvo prescripción por indicación en esquema terapéutico.**

La psicoterapia individual promueve la construcción del equilibrio biopsicosocial para alcanzar un estilo de vida saludable que eleve la calidad de vida.

**28. PSICOTERAPIA GRUPAL. ACCIONES**

- **Simultánea al ingreso con iguales objetivos.**
- **Análisis–reflexión grupal de las causas de consumo, modalidades, consecuencias y comorbilidad.**
- **Conocimiento experiencial significativo para consolidar abstinencia y modificar la problemática psicosocial.**
- **Sesiones de revisión y análisis–discusión de etiopatogenia adictiva, en busca de similitudes positivas en la interacción grupal que refuercen la abstinencia.**
- **Identificar pautas y mecanismos de consumo y otras conductas autoagresivas e irracionales.**

## 29. PSICOTERAPIA GRUPAL. ACCIONES. 2

- **El terapeuta expone, coordina y estimula discusión, siguiendo lineamientos para la terapéutica de casos. Uso de lista temática *ad hoc*, cuya secuencia biopsicosocial se apega a la historia natural de la enfermedad estimula la abstinencia vía autoconocimiento y cambio actitudinal.**
- **Los temas son artículos científicos seleccionados por 3 ejes: general-particular, sencillo-complejo y sano-patológico. Se revisa en orden progresivo durante el internamiento en todas las modalidades que integran el programa.**

La psicoterapia grupal fomenta el análisis y reflexión del grupo hacia las causas del consumo y sus modalidades, así como a las consecuencias inmediatas, comorbilidad y complicaciones dirigidas a lograr un conocimiento “experiencial” significativo que sirva a la consolidación de su abstinencia y a la modificación de la problemática psicosocial.

Las sesiones de revisión, análisis y discusión de los aspectos etiopatogénicos de la adicción a psicotrópicos y a otras sustancias de abuso tienen el propósito de encontrar similitudes positivas en la interacción grupal, que permitan reforzar la abstinencia e identificar y señalar, para su eliminación, las pautas y mecanismos más frecuentes de consumo y otras conductas autoagresivas e irracionales desplegadas a lo largo de la vida del consumo o, incluso, de la vida del sujeto.

**30. PSICOTERAPIA GRUPOS DE FAMILIAS Y  
ORIENTACIÓN. ACCIONES**

- **Modalidad informativo-educativa destinada a la construcción del equilibrio biopsicosocial, para un estilo duradero de vida saludable en pos de una mejor calidad de vida:**
- **Motiva a los familiares a participar en el cambio propio y de su familiar.**
- **Impulsa y mantiene la alianza terapéutica.**
- **Suministra información específica e induce a que los familiares ubiquen la etapa de cambio en la que se encuentra el paciente.**
- **Fomenta conciencia de participación auto-correctiva en la enfermedad.**

El terapeuta expone o lee la información, coordina y, a continuación, estimula la discusión del tema, siguiendo los lineamientos generales establecidos para la terapéutica de casos, que constan en una lista temática cuya secuencia se apega a la historia natural de la enfermedad y pretende estimular la abstinencia vía autoconocimiento y cambio conductual.

**31. PSICOTERAPIA GRUPOS DE FAMILIAS Y  
ORIENTACIÓN. ACCIONES. 2**

- **Desmitifica creencias desadaptativas del familiar en torno a su conducta adictiva.**
- **Elimina la culpa y fomenta la responsabilidad.**
- **Re-educar a los integrantes: paciente y familiares, a menudo co-dependientes.**
- **Promueve la participación de los familiares en la preparación de la etapa de reestructuración de su familiar.**

La psicoterapia de grupos de familias y de orientación familiar es una modalidad informativo educativa, cuyo objetivo es coadyuvar a la construcción del equilibrio biopsicosocial de su familiar, a efecto de alcanzar un estilo duradero de vida saludable en pos de una mejor calidad de vida.

Esto se logrará al motivar a los familiares del paciente a participar en el cambio propio y de su familiar; al impulsar establecer y mantener la alianza terapéutica; al suministrar información específica e inducir a que los familiares ubiquen la etapa de cambio en que se encuentra el paciente; al fomentar conciencia de participación autocorrectiva en la enfermedad; al desmitificar creencias desadaptativas del familiar en torno de su conducta adictiva; al eliminar la culpa y asumir responsabilidad; al fomentar la reeducación de los integrantes de la terapia; al promover la participación de los familiares en la preparación de la etapa de reestructuración de su familiar, por lo cual su metodología fomenta el análisis y la reflexión respecto de las causas de su consumo y sus modalidades, así como de sus consecuencias, comorbilidad y complicaciones de la patología adictiva. Reiteramos que lo que se pretende es lograr un conocimiento experiencial que sirva para la consolidación de su abstinencia y modificación de la problemática psicosocial.

### **32. CÍRCULO DE LECTURA DIRIGIDA. ACCIONES.**

- **Análisis–reflexión de la etiopatogenia de consumo, modalidades, consecuencias y comorbilidad.**
- **Conocimiento experiencial significativo para consolidar abstinencia y modificación de la problemática psicosocial.**
- **Estrategia de soporte, comprensión y ayuda familiar a internados: desmitificación, información y educación sobre adicciones.**
- **Catalización de la recuperación, vía conocimiento verídico del problema. Paciente–técnica–terapeuta ayudan al grupo a responsabilizarse del cambio sin culpa y cursar el mejor camino rehabilitatorio.**



**33. CÍRCULO DE LECTURA DIRIGIDA. ACCIONES. 2**

- **La visión psiquiátrico / psicoterapéutica y su abordaje son herramientas de comprensión y manejo de contención, afrontamiento profesionales de la comorbilidad y reducción de las recaídas.**
- **La lectura dirigida informa y conduce las reflexiones que fomenta, a la operación del modelo hacia la salud individual y familiar.**
- **La fuente es la noticia de prensa y otros materiales educativos de la lista temática del programa.**

Por su parte, el círculo de lectura es una actividad dirigida que fomenta el análisis y reflexión del grupo vía lecturas, discusión de temas relacionados con la etnopatogenia adictiva; causas del consumo y modalidades; consecuencias inmediatas, comorbilidad y complicaciones a largo plazo, con la finalidad de lograr un conocimiento aplicable a la consolidación de la abstinencia y modificación de la problemática psicosocial.

Es una actividad que se incluye en el marco humanista que no considera el tratamiento como un castigo ni lo sanciona moralmente, por el contrario, se suma la información científica disponible en la materia. Acepta la enfermedad como resultado de la interacción de agente, huésped y ambiente. Debido a ello, a la etiopatogenia se agrega la óptica psiquiátrica y psicoterapéutica como herramientas del abordaje, comprensión y manejo de la contención, el afrontamiento profesional de la comorbilidad y la reducción de las recaídas en el consumo de sustancias.

Esta actividad informa y conduce las reflexiones que fomenta, a la salud individual, familiar y social. Su fuente es la noticia diaria de prensa y otros materiales literarios o educativos previamente señalados.

### 34 CINE-DEBATE TERAPÉUTICO. ACCIONES

- **El grupo analiza bajo coordinación del terapeuta, la exposición del material fílmico seleccionado y reflexiona los comentarios sobre las consecuencias inmediatas y mediatas de la patología adictiva.**
- **Conocimiento aplicable a la consolidación de la abstinencia y modificación de la problemática psicosocial.**
- **Actividad que refuerza las vertientes informativo-educativa y preventiva. Su fuente es el filme relacionado con el tema, como los que muestran solución práctica de conflictos y temas constructivos que se apegan a espíritu del programa.**

El cine-debate se realiza bajo la coordinación del terapeuta, la exposición de un material fílmico seleccionado actúa, y se reflexiona acerca de los comentarios sobre las consecuencias inmediatas y a largo plazo de la patología adictiva con vistas a lograr un conocimiento aplicable a la consolidación de la abstinencia y modificación de la problemática psicosocial, como las anteriores.

Es una actividad planeada que refuerza las vertientes informativa, educativa y preventiva. Su fuente es el filme relacionado con el tema, especialmente aquellos que muestran la solución práctica de los conflictos.

**35. ACTIVIDADES CULTURALES, RECREATIVAS,  
DEPORTIVAS (MEDITACIÓN). ACCIONES**

- Se llevan a cabo en forma dirigida al inicio (profesor de la especialidad) como ejercicio físico y como disciplina mental.
- Más adelante, evaluados los riesgos de cada paciente bajo control se facilitan alberca, gimnasio de pesas, etc., dentro de las instalaciones
- Se acepta su realización en forma libre y supervisada, en el horario respectivo, cuando no afecta otras actividades del programa.

Las actividades culturales, recreativas y deportivas se llevan a cabo en forma dirigida y, cuando ya se han evaluado los riesgos de cada paciente y éstos se encuentran bajo control, se acepta su realización en forma libre y supervisada en el horario respectivo para la alberca, el gimnasio, las pesas, etc., siempre que no interfieran con las otras actividades del programa.

**36. SESIONES DE GRUPO DE AYUDUA MUTUA.  
ACCIONES**

- Se realizan al tenor del espíritu y reglamentos de los A.A., N.A. u otros, en combinación con un terapeuta, responsable de promover una evolución favorable y congruente con el programa.
- Se supervisa el manejo farmacológico, psicoterapéutico o ambos.
- Se favorece la realización de las recomendaciones emprendidas durante el manejo inicial, bajo la premisa de una abstinencia total, permanente y sin concesiones.

Las sesiones de grupos de ayuda mutua se realizan en el tenor del espíritu del reglamento de A.A y de N.A., en combinación con un terapeuta responsable de promover una evolución favorable y congruente con el programa. Se supervisa el manejo farmacológico, psicoterapéutico o ambos, y se favorece la realización de las recomendaciones emprendidas durante el manejo inicial bajo la premisa de una abstinencia total, permanente y sin concesiones.

### **37. PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN. ACCIONES**

- **Promoción del programa en medios masivos de comunicación y participación en encuentros, talleres, congresos, seminarios, etc., (estatal-nacional e internacional).**
- **Intercambio con expertos, miembros de la red y realización de encuentros institucionales entre los coordinadores del proyecto.**
- **Presentación de resultados internos, al sector salud y personas interesadas de la comunidad.**
- **Publicación de resultados en revistas de especialidad y otras actividades sectoriales.**
- **Edición de la revista científica y su distribución.**

Las actividades promocionales y educativas de la salud ocurren en diversos encuentros, talleres, congresos, seminarios como éste, en los ámbitos estatal, nacional e internacional; en intercambios con expertos en la materia, con miembros de la red y demás interesados; realización de encuentros interinstitucionales entre los coordinadores del proyecto y otras poblaciones interesadas; presentación de resultados al sector salud; publicación de resultados en revistas especializadas, e incluso la edición de una revista científica.

En síntesis, el tratamiento profesional se desarrolla en el marco de procedimientos éticos y deriva del conocimiento, la planeación y la evaluación, no del azar.

Sin embargo, con toda su planeación aún quedan por resolverse ciertos escollos, como el lenguaje metafórico empleado en los procedimientos médicos, psicológicos y psiquiátricos, y el desfasamiento conceptual entre ambas poblaciones: las que requieren de manejo como consecuencia de su particular condición y las que ofrecen su esfuerzo de trabajo.

Esta diminuta pero eficaz circunstancia, sistemáticamente vista como un detalle sin importancia, no ha sido superada y limita todavía la adquisición de una misma comprensión del fenómeno, lo cual entorpece la terapéutica. Contra ello la alternativa viable, exitosa por cierto en distintos países, es un programa de educación para la salud mental, que ayuda a las comunidades a identificar sus necesidades, a que entiendan cuán afectados están y enfrenten, por el bien de todos, el manejo que tanto necesitan.



## Los grupos de ayuda mutua en la recuperación del alcoholismo

*Haydeé Rosovsky T.*

*Fundación de Investigaciones Sociales A.C.*

Agradezco al doctor Elizondo que me haya invitado a participar en esta interesante sesión. Obviamente, al hablar de la ayuda mutua y de la recuperación por un método no profesional, estamos dando un giro de 180 grados en cuanto a la ponencia anterior aunque el doctor Souza menciona la incorporación de la ayuda mutua en el amplio menú mencionado. En esta ocasión hablaré de lo que representa la ayuda mutua y a qué no referimos cuando hablamos de los grupos de ayuda mutua, porque siempre pensamos que nos referimos automáticamente a Alcohólicos Anónimos (A.A.). Quisiera que desentrañemos un poco más qué es lo que esta asociación significa y qué hay alrededor o antes de ella, para comprender mejor qué representa la ayuda mutua en este espectro de modelos de atención al alcoholismo.

La ayuda mutua hoy en día tiene una aplicación importantísima no sólo para las adicciones sino para una variedad de problemas humanos y existenciales en todo el mundo. En México mismo ya tenemos su aplicación a una extraordinaria variedad de situaciones, como la de los que sufren problemas emocionales y mentales, los que padecen discapacidades físicas, los que no comen o lo hacen compulsivamente, los que sufren enfermedades terminales o crónicas, los que juegan sin control o practican el sexo de manera compulsiva y, por supuesto, para los que abusan del alcohol y otras drogas.

Paralelamente se han integrado grupos para los familiares y personas cercanas a los que padecen dichos problemas. Desde luego, en otros países del mundo occidental existen muchas otras aplicaciones de la ayuda mutua para; por ejemplo, familiares de

víctimas de accidentes o de agresiones, de presos, de víctimas de SIDA. Les invito a que visiten en internet el mundo de aplicaciones de la ayuda mutua a una innumerable variedad de identidades y de problemas que afectan al mundo y al tejido social moderno. Hay muchas interpretaciones entre la gran cantidad de literatura y de análisis que se ha hecho sobre este fenómeno, que tiene realmente un despegue importante a finales del siglo XIX y principios del XX.

Se ha dicho que estas agrupaciones cumplen funciones que antes habían sido realizadas por instituciones como la familia, la iglesia y la comunidad, pero en las sociedades modernas, el tejido social se ha ido rompiendo o han debido crearse otras estructuras de apoyo, por lo que estas organizaciones han ido adquiriendo cada vez más relevancia.

## **IMPACTO DE LA AYUDA MUTUA ORGANIZADA**

- **Atención a diversidad de problemáticas.**
- **Cumplen funciones antes llenadas por otras instituciones en las sociedades modernas y frente a la ruptura de sistemas apoyos tradicionales.**
- **Características organizacionales: autonomía, solidaridad y democracia, ausencia de elitismo profesional, valor del conocimiento experiencial, simetría entre pares.**

Algunas de las características de estas agrupaciones, que es importante mencionar para justificar y comprender su crecimiento y difusión son la autonomía que tiene frente a las instituciones profesionales y su ausencia de burocratismo institucional; la solidaridad entre sus miembros: su democracia interna; la ausencia del elitismo que caracteriza a los recursos profesionales; el valor que se le concede al conocimiento experiencial frente a la asimetría que caracteriza al conocimiento profesional, y esa igualdad o simetría entre pares. Los enfermos son iguales, no hay alguien que “sabe”

y alguien que “no sabe”, pues los miembros de estas agrupaciones están unidos por su experiencia y su condición, que los hace compartir una identidad y ayudarse entre sí.

## **CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS DE AYUDA MUTUA**

- **Son estructuras pequeñas y voluntarias; satisfacen una necesidad común entre sus miembros; enfatizan interacciones cara a cara; brindan apoyo emocional; sentido de identidad.**
- **Tienen un origen espontáneo; participación personal; carencia de autoridades; cambio individual (Katz y Bender, 1976).**

¿Qué caracteriza a estos grupos de ayuda mutua? Aquí quiero aclarar que a veces se hace referencia a los grupos de autoayuda como sinónimos de “ayuda mutua”. Últimamente se ha hecho una distinción porque “autoayuda” implicaría que una persona, quizá con base en un libro o un folleto, lleva a cabo por sí misma un proceso terapéutico o de cambio. En cambio, cuando se hace referencia a organizaciones de ayuda mutua, el énfasis se pone en esta interacción de pares, por lo cual es importante hacer esta distinción. Aquí la ayuda no se la proporciona el individuo por sí solo, sino que hay interacciones fundamentales y que caracterizan a este tipo de organizaciones.

Por ello el término más correcto que se utiliza es el de “ayuda mutua”, pues estas interacciones, estos intercambios son los que tienen una gran importancia terapéutica.

Hay una definición, que aunque es un poco vieja es la más utilizada, de dos sociólogos, Katz y Bender. Sigue siendo muy completa:

“Son estructuras pequeñas y voluntarias para ejercitar la ayuda mutua, y el logro de propósitos específicos. Generalmente están integradas por pares, que se unen para brindarse asistencia mutua con el fin de satisfacer una necesidad común, superar una



discapacidad común o un problema disruptivo en sus vidas. Promueven un cambio buscado en la esfera personal o social. Los iniciadores de estas agrupaciones y sus miembros perciben que sus necesidades no están o no pueden ser satisfechas por las instituciones sociales o de salud existentes. Los grupos de ayuda mutua enfatizan las interacciones sociales cara a cara, y refuerzan la responsabilidad personal de sus miembros. A menudo proveen ayuda material o, especialmente, apoyo emocional.

Con frecuencia están orientados hacia alguna causa o a promulgar una ideología o valores, a través de los cuales los mismos miembros pueden alcanzar un mejor sentido de identidad personal”.

Como se ve, en esta definición no hay realmente una mención específica de la adicción. Puede estarse refiriendo a ayuda mutua con respecto a la identidad sexual, a una causa (como el feminismo) o a otro tipo de problema. Sin embargo, sí puede incluir perfectamente a los grupos de ayuda mutua como A.A.

Es muy importante la cuestión del origen espontáneo, y lo comprendieron muy bien los fundadores de los grupos de A.A. Cuando se inició esta asociación, algunos profesionales que vieron que esto podría ser una buena idea trataron de iniciar e impulsar a los grupos, y esto no resultó. Los grupos de ayuda mutua deben tener una vida propia y ser creados por quienes padecen el problema. Los profesionales sí tienen una función importante en lo que se refiere a facilitar, a veces, las instalaciones donde se reúne un grupo, pero no pueden ser los iniciadores de uno porque entonces aquello se convierte en sesiones de psicoterapia u otro tipo de acción terapéutica, pero deja de ser un grupo de ayuda mutua de A.A.

## ORIGENES DE LA AYUDA MUTUA

- **Antecedentes históricos: fraternidades, gremios, voluntarismo, grupos Oxford.**
- **Cambio de funciones de la ayuda mutua en el siglo XX: del apoyo material a la solución de problemas existenciales y sociales.**
- **Creación de Alcohólicos Anónimos en 1935.**

Los orígenes de la ayuda mutua y, por lo tanto de A.A., son muy interesantes porque son más antiguos de lo que se piensa. En la literatura se puede ver que en el inicio de la civilización los sistemas de cooperación y apoyo son fenómenos que nos remiten a los primeros grupos que se formaron, en el origen de los asentamientos humanos. Así, en oposición a la teoría del depredador que es típica del darwinismo social, un pensador como Kropotkin ha sostenido que, desde los principios de la civilización, los agrupamientos humanos que lograron subsistir (tribus, clanes primitivos) lo hicieron gracias al gradual desarrollo de normas y hábitos que apoyaban la cooperación y permitían dividir funciones, como conseguir alimentos y mantener la seguridad y defensa del grupo. Aquellos que fueron capaces de desarrollar este tipo de vínculos fueron los que subsistieron, mientras que los demás se dispersaron y desaparecieron.

Tal vez podemos seguir esta interpretación de la ayuda mutua a lo largo de la historia, y mucho después aquella se expandió más allá de la supervivencia física.

Durante la Edad Media y el Renacimiento los discapacitados físicos y mentales, así como los desposeídos y los peregrinos recibían apoyo de las iglesias y de la caridad de las ciudades. Distintas organizaciones, como los *guilds*, que eran los gremios

o las fraternidades tuvieron una participación importante ayudando a sus miembros, y desempeñaron un papel central en el desarrollo de leyes para ayudar de un modo más universal a los pobres y enfermos. La Revolución Industrial repercutió fuertemente en la salud, la economía y la problemática sociales de una creciente población.

El sistema de gremios fue el antecedente directo de muchas organizaciones e instituciones que aún existen, sobre todo en los países de Norteamérica y del norte de Europa: las *friendly societies* (sociedades amistosas), o el “voluntarismo”. Se trata de una institución peculiar desarrollada por los trabajadores en Inglaterra, y que realmente es el origen de los sindicatos (*unions*), que sirvieron para enfrentar muchos de los aspectos adversos que trajo consigo la industrialización. La Incorporation of Carters (Unión de los Carretoneros), la Fraternity of Dyers (Fraternidad de los Tintoreros), la Goldsmith’s Friendly Society (Sociedad Benevolente de los Orfebres) son sólo algunas de las más de 190 organizaciones fundadas antes del 1800. Tanto los gremios como las sociedades amistosas fueron las principales organizaciones de ayuda mutua de finales del siglo XVIII y comienzos del XIX. Su propósito central era atender las necesidades económicas de sus miembros, pero también incluían otros aspectos como el mejoramiento social y político. Estructuralmente estas agrupaciones se organizaban y dirigían localmente; se autogobernaban y cumplían diversas funciones.

Estas características son similares a las de algunas organizaciones contemporáneas de ayuda mutua. Dichas agrupaciones, las cooperativas y sindicatos son expresiones tempranas de las organizaciones de ayuda mutua que asisten a sus miembros en cuestiones de vivienda y trabajo, asistencia para entierros, préstamos y planes de salud y pensiones. Posteriormente, las distintas poblaciones europeas que emigraron a Estados Unidos a partir de 1880 (debido a las hambrunas, las guerras, las revoluciones religiosas), formaron sus propias organizaciones y fraternidades para poder enfrentar los numerosos problemas y necesidades que encontraron al ajustarse a su nueva vida.

Fue a principios del siglo XX cuando las numerosas expresiones del fenómeno de ayuda mutua se fueron vinculando más con asuntos existenciales que con los de

supervivencia económica y apoyo material. La cuestión de como resolver problemas personales a través del cambio interno es el principal objetivo de muchas de estas organizaciones modernas.

Tanto las viejas como las nuevas organizaciones de ayuda mutua tienen un impacto en la visión personal y en aspectos prácticos de la vida de sus participantes. La principal diferencia es el criterio de membresía y al relación con el mundo exterior. Así, mientras en las organizaciones del siglo XIX de Inglaterra los miembros estaban vinculados por su origen social y económico (situación que aún prevalece en los sindicatos y corporativas), en los grupos de ayuda mutua contemporáneos, como A.A., la membresía está basada en las experiencias individuales y en la identidad, independientemente de la posición social, de la ocupación o de la etnicidad de los integrantes.

Mucha gente cree que el concepto de ayuda mutua se inventó con A.A., pero en realidad los fundadores de esta agrupación se nutrieron con la historia que se acaba de reseñar, y sobre todo, en los Grupos Oxford, agrupación cristiana revivalista, fundada por el reverendo Frank Bushman. Estos grupos se reunían en diferentes casas habitación, en la época de la depresión económica de Estados Unidos; época difícil ésta no sólo por la cuestión económica sino porque estaba destruida también la moral de la población, imperaban la “ley seca”, la corrupción y el crimen organizado.

Se reunían con el propósito de rezar, hacer catarsis y de compartir problemas; las reuniones no eran sólo para alcohólicos sino para todos los que querían hablar, con base en la espiritualidad y religiosidad, de sus fallas morales y de sus problemas emocionales. Uno de los fundadores de A.A. supo de estos grupos, asistió a las sesiones y tomó algunos de los elementos de los grupos Oxford, para el desarrollo de A.A., que se funda oficialmente en 1935.

Tiempo después los grupos Oxford desaparecieron, y su fundador creó un movimiento denominado Moral Armament (Armamentismo Moral), una organización

rarísima que desapareció a principios de la II Guerra Mundial.

## LA AYUDA MUTUA EN ADICCIONES

- **Gran emergencia de grupos de ayuda mutua en los 1970s (¿cómo respuesta a las maquinarias profesionales burocráticas?; ¿como manifestación del anti autoritarismo surgido en los sesenta?).**
- **OMS incluye a la auto ayuda como parte integral de las políticas públicas en adicciones (1981).**
- **Interés por parte de profesionales de la salud: bajar costos (EE.UU., Alemania).**

A mediados de los setenta se observa una gran presencia de numerosos grupos de este tipo, y los estudiosos de este fenómeno se preguntan por qué surgen tantos, no sólo de A.A. sino de otros dedicados a otros problemas. ¿Es ésta una reacción a las maquinarias profesionales burocráticas? ¿Es una manifestación de antiautoritarismo provocada por los movimientos estudiantiles y jipis de los sesenta? Puede ser.

Son interpretaciones muy sustentadas por investigaciones y libros en las ciencias sociales. De cualquier forma, la Organización Mundial de la Salud (OMS), atenta a lo que sucede en el ámbito social y de los servicios públicos, incluye a la autoayuda y a la ayuda mutua como parte integral de las políticas públicas en adicciones.

En 1981 se incluyó por primera vez de manera oficial la recomendación de que ambas modalidades fueran consideradas en los programas de salud. Oficialmente algunos países realizan reuniones donde, por ejemplo, el cirujano del gobierno de Estados Unidos reconoce y promueve un análisis del papel que tiene la ayuda mutua en los servicios de atención a las adicciones en ese país. En Alemania también hay un

gran impulso a la utilización y desarrollo de estos recursos, junto con los profesionales desde hace varias décadas, cosa que no ha sucedido con la misma magnitud en nuestro país.

Sobre A.A. se han escrito cientos de volúmenes con distintos enfoques e interpretaciones desde diversas disciplinas científicas. En el trabajo que hicimos en el Instituto Nacional de Psiquiatría con otros países se trató de interpretar a A.A. como una red de apoyo social, como un sistema de creencias. Aquí quiero detenerme en lo que planteó el doctor Souza: efectivamente, A.A. tiene un sistema de creencias, igual que lo tiene el psicoanálisis y la psicología cognitiva-conductual. No quiere decir que estas creencias son supersticiones o brujería.

En A.A. adoptaron la definición de alcoholismo como enfermedad que dio la OMS hace muchos años, y que generalmente estaba fundamentada en las primeras definiciones de Jellinek de las etapas, del alcoholismo, que tal vez son un poco viejas, pero ellos las aceptaron. También consideraron que para que el alcohólico pudiera recuperarse dentro de A.A. debía hacer un ejercicio de aceptación de la enfermedad, de derrota, lo que constituye el primer paso. Hay gente que ha tratado de encontrar paralelismos entre distintas teorías y modelos terapéuticos; de alguna manera este Primer Paso de A.A., aceptar que se tiene un problema con el alcohol, tiene correspondencia con lo que en los modelos terapéuticos científicos se denomina “conciencia de enfermedad, abandonar la negación y reconocer el impacto de la enfermedad en la propia vida. El programa y los principios de A.A. están expresados en los 12 Pasos y las 12 Tradiciones.

## **EL PROGRAMA DE AA**

- **Los 12 Pasos para la recuperación personal (1939): Primer Legado**
- **Las 12 Tradiciones para la organización de los grupos (1950): Segundo Legado**
- **Los 12 Conceptos para el Servicio Mundial (1951): Tercer Legado**

Los elementos centrales del Programa de A.A. son los 12 Pasos para la recuperación personal, que fueron publicados en 1939, y constituyen el Primer Legado porque hay esta idea de construir algo que rebasa la vida de los fundadores y que quizá perdure para siempre. En las 12 Tradiciones están los fundamentos de la organización como tal, y es el Segundo Legado. Ahí se encuentran los aspectos de la autonomía de los grupos, del anonimato (que en realidad no tiene que ver con algo personal sino con la protección de la organización), fueron publicadas, en su versión definitiva, en 1950.

Hay que recordar que esto llevó muchos años de discusiones, de pruebas y de intentos para crear esta organización. Los 12 Conceptos para el Servicio Mundial son como un manual de servicio para que este grupo pudiera funcionar sin llegar al burocratismo y a la institucionalización, que Weber siempre predice que es el destino inevitable de todas las organizaciones; y lo ha evitado desde hace 70 años. Este es el Tercer Legado.

## DIFUSIÓN DE AA

- **En más de 130 países, con más de 95 000 grupos y 2 millones de miembros registrados (1990s).**
- **México ocupa el 2º lugar en el mundo después de EUA y Canadá, que integran una sola estructura de servicios.**
- **Hay registrados alrededor de 13 mil grupos en nuestro país.**

Alcohólicos Anónimos se ha difundido en estos 70 años a más de 130 países. Obviamente no se tiene una estadística exacta por la propia autonomía de los grupos y el anonimato de los miembros. Hay muchos grupos que están registrados en las centrales de servicio, pero otros no lo están; hay más de 95 mil grupos y dos millones de miembros en los noventa. México ocupa el segundo lugar mundial en términos de número de grupos y de miembros, después de Estados Unidos y Canadá, que integran una sola estructura de servicios. En México hay más de 13 mil grupos registrados.

## PERSPECTIVAS y NECESIDADES

- **AA es el recurso más conocido por la población.**
- **Existe cada vez mayor acercamiento entre los profesionales y la ayuda mutua.**
- **Persisten situaciones de fragmentación en las organizaciones de ayuda mutua y se requiere mayor control de persistentes irregularidades.**
- **Sería necesaria una mayor difusión del Modelo Minnessotta.**



Quiero, finalmente, plantear algunas perspectivas y necesidades en cuanto a los grupos de ayuda mutua para el alcoholismo. Según las encuestas que se han realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría, A.A. es el recurso para la atención del alcoholismo más reconocido y mencionado por la población, y afortunadamente se han ido superando algunos prejuicios mutuos entre los profesionales y los miembros de la agrupación. Existe cada vez mayor acercamiento y cooperación entre ciertos sectores profesionales y ciertos sectores de la Central Mexicana de Servicios Generales, por ejemplo.

Sin embargo, es lamentable que existe una gran fragmentación dentro de A.A. En México se favorece mucho las fragmentaciones de los movimientos y de las organizaciones (también los psiquiatras están fragmentados); sería interesante saber por qué hay tantas divisiones. Pareciera que nuestra sociedad las favorece, tal vez por razones de clase social, de lucha por el poder. El hecho es que esto ha provocado algunos problemas porque se cometen ciertas irregularidades y abusos en algunas de estas agrupaciones que no son las tradicionales.

Estas situaciones de fragmentación requieren de mayor control, y más adelante escucharemos algo acerca de la Norma Oficial Mexicana (NOM), de los esfuerzos que se están haciendo para controlar las irregularidades que desgraciadamente siguen apareciendo esporádicamente. En algunos de los llamados “Anexos” se han registrado incluso muertes por maltrato. Por lo tanto, es necesaria una mayor difusión del Modelo Minnesota, que es una integración del modelo de 12 Pasos de A.A., y que está presente desde hace muchos años en Estados Unidos y en algunos países europeos. Existen algunos ejemplos en nuestro país, pero sólo para quienes los pueden pagar, pues todavía no se ha buscado una alternativa más económica. Quizá este modelo debería estar integrado en las políticas públicas para que la mayoría de la población pudiera beneficiarse. Desde mi punto de vista integra lo mejor de ambos mundos.



## Modelos de prevención de la recaída

*Dr. Hugo González Cantú*

*Centro de Ayuda al Alcohólico y sus familiares (CAAF)  
Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la  
Fuente”*

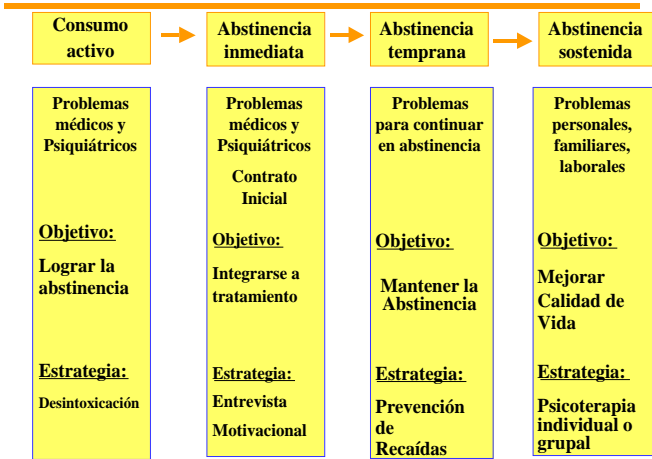
Muchas gracias a las autoridades de FISAC, al doctor Elizondo, por la oportunidad de estar en este importante foro y compartir con ustedes algo de lo que estamos haciendo en un centro de tratamiento para alcohólicos, ubicado muy estratégicamente en Tepito, cerca de la Merced, de la Lagunilla y de Mixcalco, y que tiene 26 años de dar servicio en esta comunidad. A lo largo de tantos años se han incorporado diversas modalidades y ópticas, y lo aquí hablaré sobre un modelo sobre el que hemos escuchado algo en este seminario: la prevención de recaídas y su adaptación a un centro concreto.

El alcoholismo y los problemas relacionados con el consumo de alcohol son elementos importantes en el perfil de la salud pública actual. La prevalencia de estos problemas se ha incrementado de manera sostenida a lo largo de los años, como se observa en las encuestas nacionales de salud. Además, se encuentran entre las principales causas de pérdida de años saludables, y afectan particularmente a hombres y a mujeres que se encuentran en las etapas más productivas de la vida. La rehabilitación de la mayoría de los alcohólicos, tanto en México como en otros países, se ha basado en su integración a grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A.). A estos grupos debemos el gran aporte de saber que aun en los casos más graves y en los pacientes que se consideraban desahuciados, existe la posibilidad de detener la progresión del padecimiento y lograr largos periodos de abstinencia.

Por otra parte se han desarrollado estudios y diversas aproximaciones psicológicas, biológicas y sociales, conducidas por profesionales de la salud, para el manejo del alcoholismo. En esta breve exposición presentaré dos temas complementarios: el

modelo de prevención de las recaídas, desarrollado por varios investigadores desde la década de los setenta y principios de los ochenta, y su aplicación en un centro de tratamiento para alcohólicos.

**Objetivos y estrategias en las diferentes etapas del alcoholismo**



Los pacientes alcohólicos se presentan a tratamiento en algún momento dentro de *continuum* del proceso de la enfermedad. La primera etapa de éste está representada en la primera columna, cuando el paciente se presenta mientras todavía consume alcohol. En esta primera fase predominan los problemas médicos y psiquiátricos, y el primer objetivo es que el paciente suspenda el consumo de una manera segura. Esto se logra a través de un manejo médico que conocemos como desintoxicación.

Una vez que el paciente deja de consumir, se encuentra en la primera etapa de la abstinencia, la segunda columna, periodo que se denomina abstinencia inmediata (los primeros días o quizá la primera y segunda semanas de abstinencia). En esta fase, además de continuar con la evaluación médica y psiquiátrica que es muy importante en los alcohólicos, se plantea la paciente su ingreso a un programa de tratamiento. Aquí son muy útiles las estrategias de la entrevista motivacional, con las que se facilita que el paciente decida sobre su cambio de conducta, y también se

utiliza otras estrategias conductuales como, por ejemplo, un acuerdo terapéutico en el que se hacen explícitas reglas tales como la puntualidad, la asistencia y la ejecución de tareas enfocadas a la rehabilitación.

En la etapa siguiente, la de la abstinencia temprana, el paciente ingresa a un proceso terapéutico donde se enfatiza la prevención de las recaídas a través de técnicas específicas. Finalmente, durante la etapa de la abstinencia sostenida, el paciente se presenta con una gran variedad de situaciones personales, familiares, sociales y médicas, que pueden ser manejadas con diferentes enfoques terapéuticos (el cognitivo conductual, el sistémico, la gestalt, entre otros). En este proceso ocurren recaídas, y el paciente vuelve a pasar por las etapas iniciales. Así, se trata de un proceso circular, y los pacientes, cuando llegan a un centro de tratamiento como el nuestro, lo hacen en cualquier etapa de este proceso.

El modelo de prevención de recaídas, descrito originalmente por Marlatt y por Anis, se basa en la psicología cognitiva e incluye una serie de estrategias conductuales para prevenir los episodios de recaídas; éste es el objetivo final.

### Situaciones Asociadas con las Recaídas

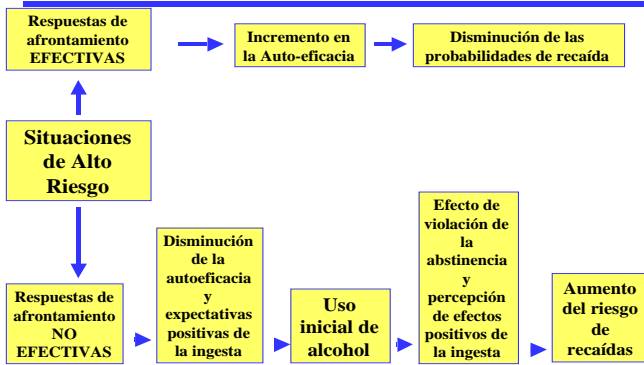
Determinantes Inmediatos de las Recaídas	Antecedentes Encubiertos de las Situaciones de Riesgo
<p><b>Situaciones de Alto Riesgo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estados Emocionales Negativos</li> <li>• Situaciones Interpersonales</li> <li>• Presión Social</li> <li>• Estados Emocionales Positivos</li> </ul> <p><b>Mecanismos de Afrontamiento</b></p> <p><u>Expectativas</u></p> <p><u>Efecto de Violación de la Abstinencia</u></p>	<p><b>Estilo de Vida :</b> estrés, deseos de gratificación inmediata</p> <p><b>Decisiones Aparentemente Irrelevantes</b></p> <p><b>Apetencia</b></p>

Inicia con la evaluación de las situaciones ambientales y emocionales que están potencialmente asociadas a la recaída. En donde el paciente y el terapeuta analizan los mecanismos que ha usado para afrontarlos y su efectividad real. Dichas situaciones se pueden clasificar en determinantes inmediatos de las recaídas y los antecedentes encubiertos de aquéllas. En la primera columna del cuadro anterior se muestran los determinantes inmediatos que enfrenta el individuo a lo largo del *continuum* de la enfermedad, en diversos grados y con diferente capacidad de respuesta.

Entre ellos se encuentra de manera principal los estados emocionales negativos; las situaciones que involucran a otra persona, interpersonales; la presión social y los estados emocionales positivos (es decir, el riesgo está cuando hay estrés pero también cuando la persona se siente contenta y relajada). Otros determinantes inmediatos son los mecanismos de afrontamiento que permiten (o no) al paciente manejar estas circunstancias: las expectativas positivas respecto al reinicio del consumo de alcohol (por ejemplo, un paciente que se ha mantenido en la abstinencia puede pensar que no pasaría nada si se toma dos o tres copas); el efecto de la violación de la abstinencia (el paciente que ha tenido un consumo inicial después de un periodo de abstinencia puede experimentar culpa o vergüenza, lo que provoca que siga bebiendo).

Por otra parte, en la segunda columna se muestran los antecedentes previos a las situaciones de riesgo: un estilo de vida no equilibrado que genera estrés; deseo de una gratificación inmediata, sin considerar los resultados a largo plazo; la toma de decisiones aparentemente irrelevantes, pero que conducen a un mayor riesgo de recaer (por ejemplo, acudir a una reunión donde se sabe que habrán bebidas alcohólicas), la apetencia de consumo, que es un suceso que está fisiológicamente determinado. Una línea de estudio actual la constituyen precisamente los medicamentos que pueden disminuir la apetencia fisiológica al alcohol.

**Las Situaciones de Alto Riesgo son Importantes en las Recaídas**



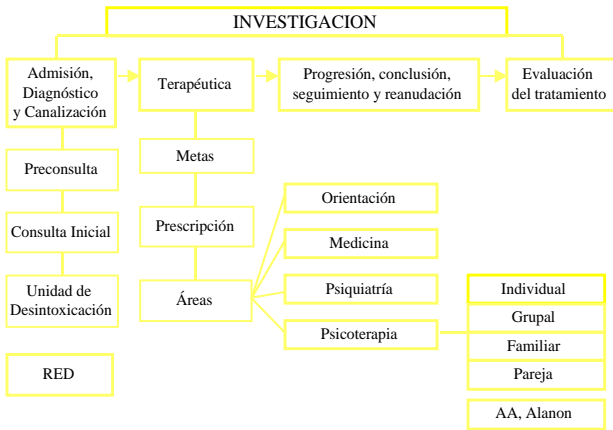
Marlat A, 1999

Después de esta evaluación, el modelo de prevención de las recaídas incluye dos grandes estrategias. Una involucra el entrenamiento del paciente para reconocer las señales de alerta que le indican que se aproxima a una situación de alto riesgo (ésta puede tener dos tipos de respuesta: las no efectivas y las efectivas. La segunda estrategia consiste en que una vez que se identifican las situaciones de riesgo, el sujeto se entrena en técnicas de afrontamiento más efectivas, tanto de tipo conductual como cognitivo. Además, se busca que el paciente desarrolle estilos de vida más sanos mediante su participación en actividades diferentes a las que previamente lo habían llevado al consumo, que hay quienes llaman “adicciones positivas: deporte, un grupo y otros.

Otra aproximación para la prevención de recaídas incluye estrategias que incrementan la autoeficiencia del paciente, al poder usar, cada vez más y de una forma más eficiente, el entrenamiento en técnicas de afrontamiento. Al respecto, la relación terapeuta paciente es de colaboración y retroalimentación, y no es una relación vertical ni autoritaria. En el cuadro anterior se observa que el paciente normalmente presentará una serie de respuestas de afrontamiento no efectivas en términos generales. De ahí que recaiga y continúe bebiendo. Al no poder controlar o detener el consumo, el paciente tendrá la sensación de disminución de su eficiencia.

Además están las expectativas positivas de beber alcohol, de donde viene el consumo inicial, se produce el efecto de violación de la abstinencia y la percepción de los efectos positivos inmediatos de la ingesta aumentan el riesgo de las recaídas. Por otro lado, la propuesta del modelo de prevención es un entrenamiento en el que se enseñan al paciente respuestas de afrontamiento efectivas o se fortalece las que ya había utilizado previamente con buenos resultados. Con esto se incrementa la autoeficiencia, el paciente piensa que sí puede mantenerse sin beber y así disminuye la probabilidad de recaídas.

### Características del Modelo CAAF



Estos son algunos aspectos del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF). Éste es un proyecto de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales , dirigido por la doctora Medina-Mora en el Instituto nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. Es un centro que el septiembre pasado cumplió 26 años de laborar con una población muy compleja; ahí no llegan casos leves de alcoholismo sino graves, y estamos en una zona difícil de la ciudad (el Centro Histórico). En el CAAF nos basamos en un programa de tratamiento ambulatorio:

Esto es importante porque muchos de los pacientes que acuden a nosotros trabajan (comerciantes ambulantes, empleados temporales, etc.) y son los únicos proveedores

de sus familias. Siendo el nuestro un centro ambulatorio los pacientes pueden seguir desarrollando sus actividades laborales. Conformamos un equipo multidisciplinario conformado por psicólogos, médicos, psiquiatras, trabajadoras sociales y personal de enfermería. Además, contamos con una unidad de desintoxicación ambulatoria.

A partir de una evaluación inicial, que tiene la ventaja para el paciente de que se hace el mismo día que acude por primera vez, se hace un diagnóstico del problema, tanto en relación con el consumo de alcohol como de las situaciones médicas, psiquiátricas, familiares, legales y económicas del paciente. Posteriormente se inicia la fase terapéutica que puede llevarse a cabo individual o grupalmente. En el CAAF se han formado grupos terapéuticos dirigidos a hombres, a mujeres y a, por ejemplo, consumidores jóvenes que también utilizan otras sustancias.

Por las características del CAAF, el modelo de prevención de recaídas es particularmente útil. De 1998 a 2000, el doctor Luis Solís, en colaboración con la psicóloga Martha Cordero y la participación de varios miembros del equipo clínico, realizó un proyecto de investigación para evaluar la modalidad de tratamiento de la prevención de recaídas. Como parte de la evaluación inicial se usaron varios instrumentos: el inventario situacional del consumo de alcohol, diseñado por Anis, en su versión mexicana elaborada por el doctor Héctor Ayala y colaboradores; y el cuestionario de confianza situacional de consumo, también de los autores mencionados. Se capacitó a varios terapeutas en el uso de estrategias específicas, y estructuradas para entrenar al paciente para que afrontara las situaciones de riesgo identificadas por los instrumentos de evaluación. Los resultados se publicarán pronto, así que no los adelantaré.

El doctor Solís ya está en los últimos detalles. Lo que sí puedo decir es que este tratamiento muy estructurado, con un número limitado de sesiones, fue tan eficaz y mucho menos costoso que el tratamiento habitual, que está menos estructurado y es más abierto. Esto nos lleva a pensar que los paciente a menudo no requieren de dos, tres o cuatro años de terapia sino que con 10 o 12 sesiones pueden adquirir habilidades



que después desarrollarán por ellos mismos.



La anterior es una imagen del Mercado "Abelardo Rodríguez", que está ubicado en las calles de Venezuela y El Carmen, y por ahí está la entrada del CAAF. Está en el segundo piso del mercado. La experiencia de este trabajo del doctor Solís es que se pueden aplicar programas estructurados aun incluso en poblaciones como las que nosotros atendemos. Al estructurar el programa de tratamiento se facilitan todos los procedimientos, hacemos más corta la estancia del paciente y disminuimos costos: somos un equipo de 17 personas (cuando la gente oye lo de Centro de Ayuda al Alcohólico y sus familiares piensa que somos como 150 personas) y nos sobrepasa el trabajo. Así, al estructurarlo podemos tener una mejor organización.



Este es un aspecto del entorno urbano el que trabajamos. En esta temporada (antes de Navidad) debe haber el doble de vendedores.



Esta es la entrada al CAAF, al cual los invitamos a conocer. Es un edificio construido en 1939, tiene murales y está sobre un antiguo convento.



La unidad de desintoxicación es otra de las grandes aportaciones del CAAF, aunque esté compuesta de sólo dos camas, el escritorio y el personal médico que ahí trabaja. Hacemos procedimientos de cinco o seis horas, donde el paciente, de una forma segura, puede dejar de consumir alcohol después de, por ejemplo, seis meses de beber diariamente.



Esta es otra imagen de las instalaciones con una paciente esperando su turno. Les agradezco mucho su atención.



## Norma Oficial Mexicana (NOM) y su seguimiento en el tratamiento del alcoholismo

*Lic. José Manuel Castrejón Vacío*

*Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)*

**E**s un honor participar en este seminario permanente. En el CONADIC estamos conscientes de que éste es un espacio de análisis de propuestas que está dando conocimientos para mejores respuestas institucionales, y por ello expresamos nuestro reconocimiento.

El doctor Elizondo ha hecho una pregunta que debe convertirse en un reto dentro de las políticas de atención de las adicciones: ¿cómo poner orden en el caos?. Hay varias razones que explicarían este caos. Una de ellas quizá sea la ausencia de intervenciones claras y específicas para la atención de problemas de adicciones y en especial del alcoholismo, en las políticas de salud pública. El surgimiento de respuestas por parte de organizaciones sociales que están dando las pautas para la solución y, sin duda la distorsión de una serie de principios del modelo de ayuda mutua (donde se dice que lo prohibido es prohibir o se habla de la autonomía de los grupos que nadie impone). De hecho, las mismas modalidades residenciales del modelo mencionado serían una distorsión del modelo original de Alcohólicos Anónimos (A.A.), por ejemplo.

Otro elemento es el vacío, la ausencia de un marco normativo que regule este tipo de actividades. Afortunadamente, a partir de 2002 tenemos la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, que representa ya un arco todavía incipiente, pero constituye las base de lo que debe ser la normatividad.

**Objetivo:**

**Establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones**

**Campo de aplicación:**

**Observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del SNS, en los establecimientos de los sectores público, social y privado y que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones**

## **Objetivo y Campo de Aplicación**

El objetivo fundamental de esta norma oficial es crear un marco para establecer procedimientos, sobre todo los de calidad para la prestación de servicios no solamente de tratamiento sino también de prevención, de control y de investigación. Su campo de aplicación abarca prácticamente todos los servicios que se brindan en el territorio nacional por parte de instituciones que no son sólo las que pertenecen al Sistema de Salud; es decir, de los sectores público, social y privado.

- **En la elaboración de la norma participaron 96 instituciones de los sectores público, social y privado del país que trabajan con la problemática de las adicciones**
- **En el periodo de consulta pública se recibieron 414 comentarios al anteproyecto de NOM. Algunas de las instituciones que participaron en este proceso fueron: 32 CECAS, el INER, IMP, PGR, CIJ, FISAC, entre otras**

### **Antecedentes de la NOM**

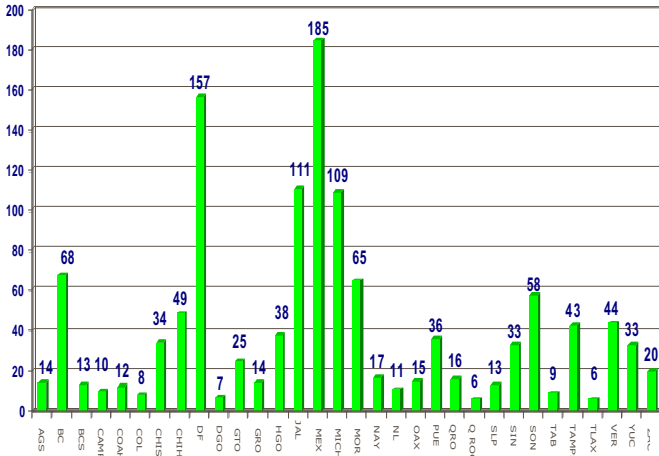
Vale la pena mencionar que para la elaboración de la norma mexicana se trabajó, con la coordinación de Haydé Rosovsky, durante años. Hubo reuniones intensas en las que participaron 96 instituciones (las más destacadas en este campo); los 36 consejos estatales contra las adicciones; FISAC hizo importantes aportaciones; y hubo 414 comentarios y sugerencias para enriquecer este proceso. ¿Cuál fue el contexto en el que surgió la NOM? Ya se tenía un antecedente: las normas 197, de alcoholismo, y la 198 de farmacodependencia, desconocidas en esa época.

- **Normas técnicas: 197 (alcoholismo) y 198 (farmacodependencia)**
- **Incremento en el uso de algunas sustancias (cocaína, heroína, metanfetaminas)**
- **Incremento de dependientes a sustancias psicoactivas**
- **Aparición de nuevas drogas y vías de administración**
- **La aparición de diversos diplomados, cursos especializados y campañas preventivas**
- **Incremento de la oferta de modalidades terapéuticas y tratamientos alternativos**

### **Antecedentes de la NOM**

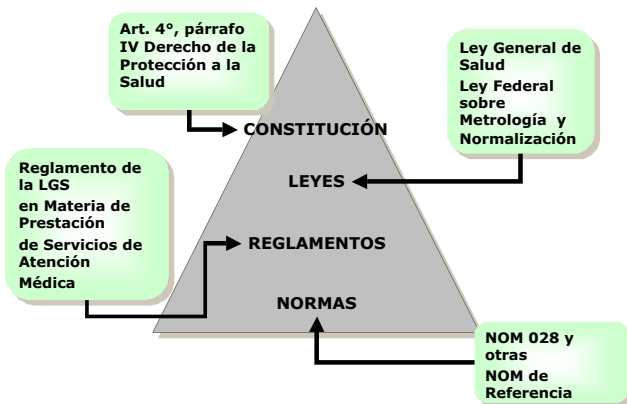
En el tiempo de la Encuesta Nacional de Adicciones, de 1998, nos decían que se registra un incremento en el consumo de cocaína: 135% entre 1993 y 1998. También incrementan el consumo de heroína y metanfetamina; los dependientes a nuevas drogas; y surgen nuevas vías de administración.

Es importante recalcar que se hacen esfuerzos para la atención integral de este fenómeno; surgen diplomados, especializaciones y varias iniciativas para atender el problema. Hay un incremento en la oferta de modalidades terapéuticas y alternativas de tratamiento.



### Establecimientos por entidad federativa

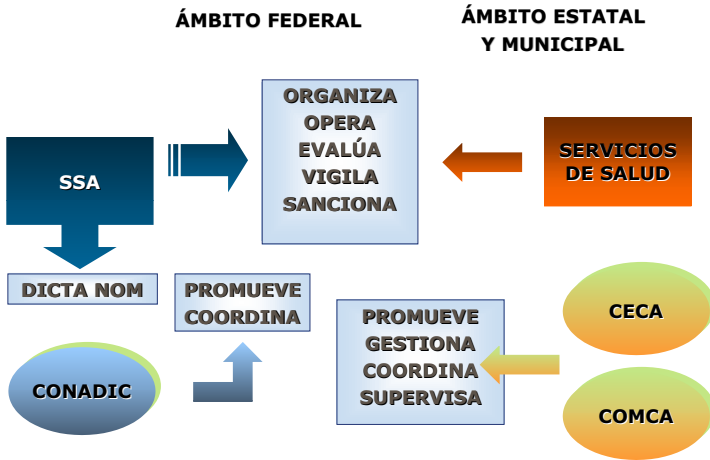
En la gráfica anterior se muestra cuántos centros especializados en la atención de adicciones, con la modalidad de internamiento tenemos en el país: 1259. Se observa que en el Estado de México hay 185 y una tendencia creciente en la aparición de diferentes opciones terapéuticas, clínicas privadas, comunidades terapéuticas (un modelo que se implantó recientemente en México) que enriquecen la labor de los grupos 24 Horas (que trabajan aquí desde 1985) y modelos religiosos que están creando redes nacionalmente. Esta es la panorámica actual de los establecimientos que atienden problemas de alcoholismo y farmacodependencia.



### Marco Jurídico



La NOM tiene un marco normativo sustentado en la Constitución en la Ley General sobre Metrología y Normalización, y en otro tipo de normas oficiales que tienen relación estrecha con por ejemplo, el historial clínico; y la Ley General de Salud con sus diversos reglamentos.



### Competencias y Atribuciones

Arriba se muestra el ámbito de aplicación, y esto es importante de entender en un país donde los servicios tienden a descentralizarse y las entidades federativas asumen ahora la responsabilidad de la coordinación de los esfuerzos (la parte operativa), corresponde a los consejos estatales promover, gestionar coordinar y supervisar la aplicación de esta norma.

En esta labor la sociedad, las instituciones, tienen un aparte importante en la vigilancia y supervisión de estos servicios.



## Modalidades de Tratamiento

La NOM para la prevención, tratamiento y control de las adicciones establece una serie de disposiciones claras que presentan las características que deben tener los servicios de atención. Como se ve en el esquema anterior se dividen en dos modalidades: establecimientos especializados y establecimientos no especializados. Son todos los servicios generales de salud donde se brinda alguna modalidad de atención a problemas de adicciones. En lo que se refiere a los modelos están el profesional (descrito muy claramente por el doctor Souza); el de ayuda mutua; el mixto (que combina los dos primeros); y los alternativos, todos tienen dos tipos de tratamiento: ambulatorio e internamiento.

Cuando se habla del modelo de ayuda mutua que tiene la opción de internamiento, debo aclarar que en ningún caso se trata de A.A. Se trata de la utilización de este modelo con una modalidad residencial, con algunos cambios y ajustes. Se utiliza el programa de los 12 pasos.

**PROFESIONAL**

Apertura del expediente  
 Historia y examen clínico  
 Llenar formato de ingreso y de consentimiento informado  
 Auxiliares de diagnóstico  
 Referencia - Hoja de referencia  
 Participación de la familia

**Ingresos**

**AYUDA MUTUA Internamiento**

- Revisión física y evaluación del estado general
- Indagar padecimientos asociados
- Valoración médica
- Referencia - Hoja de referencia
- Llenar formato de ingreso
- Llenar formato de consentimiento informado

En los establecimientos que tienen la modalidad de internamiento la NOM establece los criterios de calidad que se aplican durante el ingreso. En la segunda columna del cuadro anterior se ve que se debe hacer una revisión física y una evaluación del estado general, donde necesariamente se indaga acerca de aspectos de comorbilidad, y particularmente a través de una valoración médica. Asimismo se debe llenar un formato de ingreso y otro de consentimiento informado. Así se establecen una serie de “candados” que constituyen criterios para evitar los abusos que frecuentemente se cometen.

**PROFESIONAL**

- Interpretar los resultados de auxiliares de diagnóstico
- Solicitar interconsultas necesarias
- Diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento
- Elaborar nota de evolución

**Estancia**

**AYUDA MUTUA Internamiento**

- Suministrar medicamentos, sólo bajo prescripción médica
- Proporcionar al familiar o representante legal información sobre estado general, evolución o recuperación.
- No usar procedimientos que atenten contra la integridad física y mental de la/el usuario/a

La NOM es clara en lo que se refiere a la estancia de los pacientes. Establece disposiciones como que sólo por prescripción y con supervisión médica se podrán suministrar medicamentos. A veces se suministran, sin ningún control, psicotrópicos. Se debe proporcionar a quien corresponda la información sobre el estado del paciente. Esta regla es muy importante: no se deben usar procedimientos que pongan en peligro la integridad general del usuario.

Este punto es fundamental, recordemos las notas que han aparecido en los diarios tipo “muerto por sus compañeros de A.A. por recaer en el alcohol”. Ha habido secuestros, maltrato físico y emocional, y esto puede conducir a la muerte. Por ello es importante valorar a la persona que está en estado crítico y que requiere otro tipo de intervención que no es el encierro. Por fortuna estos abusos ocurren en un porcentaje menor en los establecimientos, pero es a los que se les da más publicidad.

**PROFESIONAL**

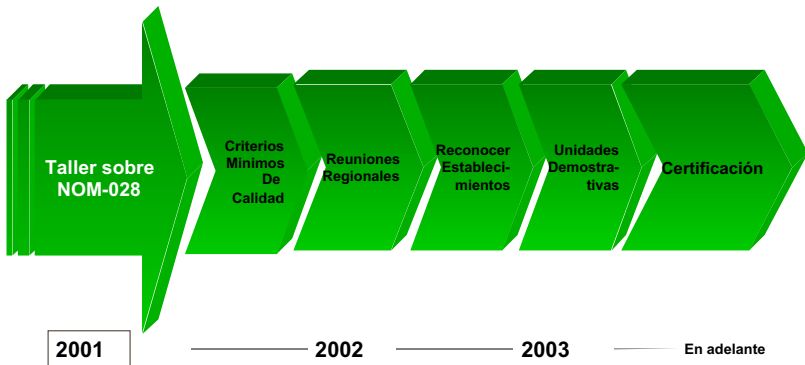
- **Valorar el estado clínico**
- **Ratificar o rectificar diagnóstico, elaborar pronóstico**
- **Referencia - Hoja de referencia**
- **Elaborar nota clínica de egreso**

**AYUDA MUTUA  
Internamiento**

- **Referencia - Hoja de referencia**
- **Llenar hoja de egreso**

**Egresos**

El egreso puede ser voluntario, así lo establece la norma. Los grupos de ayuda mutua con servicio de internamiento deben tener una hoja de egreso, un registro y todo un procedimiento de supervisión. La norma por sí sola no garantiza que ésta se cumpla, sino que se requiere que se difunda, se conozca, se aplique y se supervise.



Actualmente en el CONADIC se maneja una línea orientada a la promoción de la calidad de los establecimientos de ayuda mutua. Consiste básicamente en el desarrollo, en los servicios estatales de salud, de talleres sobre la NOM. Se invita a los representantes de los establecimientos, y se establecen criterios mínimos de calidad; incluso se cuenta con una serie de cuestionarios y de guías que refuerzan la aplicación.

También se hacen reuniones regionales con el fin de dar a conocer a los establecimientos esta normatividad, orientar sobre los criterios para su cumplimiento y vincularlos con los servicios estatales de salud. Esto se hace para empezar un proceso de reconocimiento que tienda, paulatinamente, a la certificación; es decir, poco a poco se llevará un registro de lo que debe cumplir cada establecimiento y acreditar en las visitas de supervisión. Así se comenzará a depurar un directorio que será el que se utilizará en la referencia de casos; por ejemplo, en los servicios de orientación telefónica y en los centros de salud. Hoy en día observamos que hay una respuesta muy positiva de los centros que antes tenían sus puertas cerradas.

- **Establece las bases para un marco normativo para la atención de las adicciones**
- **Fomenta el consenso y la participación de todos los sectores interesados**
- **Regula la prestación de los servicios para favorecer el incremento de su calidad**
- **Estimula el uso de un lenguaje homogéneo para diversos tipos de adicción adoptados internacionalmente**

## **Beneficios de la NOM**

En definitiva, la tendencia actual es buscar la certificación, dando elementos de apoyo técnico para la operación. Esto marcará la diferencia entre los centros que manejarán criterios de calidad y aquellos que se quedarán rezagados. La NOM tiene importantes beneficios: entre ellos, tener un consenso entre las instituciones para hablar un lenguaje común; el establecimiento de un marco normativo hasta ahora inexistente; dar el primer paso en una línea de calidad en el funcionamiento de este tipo de centros.

Es importante tener claro un equilibrio entre lo deseable y lo posible al hablar de tratamiento de los problemas de adicciones. No podemos aspirar a profesionalizar un modelo de autoayuda que se basa, como dijo claramente Haydeé, en la simetría, en la solidaridad, en la autorresponsabilidad. Tampoco es posible que en el México actual haya una red de servicios de tratamiento tipo CAAF en todo el país. No se debe pasar por alto que estos establecimientos ocupan un lugar y constituyen la opción de la mayoría de la sociedad para tratamiento. Se debe tener un trato cercano con ellos orientado al mejoramiento de sus esquemas de calidad. Podemos aspirar a que en ningún establecimiento se cometan abusos. Estoy convencido de que no se actúa de mala fe sino por creencias erróneas de que sus procedimientos sirven. Debemos cambiar esa mentalidad, dar mejores elementos de intervenciones que refuercen las cualidades

técnicas. En general las personas son muy receptivas (lo sabe el doctor Elizondo, quien es muy apreciado dentro de A.A.).

Podemos aspirar a que todos los establecimientos sean lugares, limpios, donde se respeten los derechos humanos, abiertos a la supervisión, a la capacitación, a la certificación. Todos, como personas, profesionales o representantes institucionales tenemos algo que aportar en esta tarea.

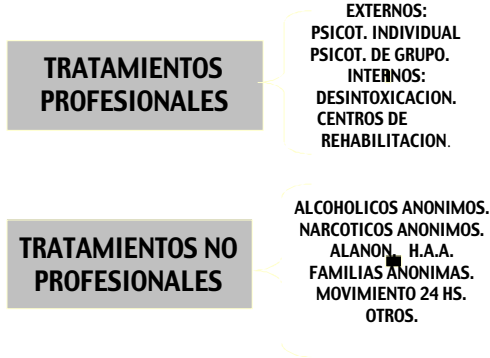


# Comentarios finales y conclusiones

*Dr. José Antonio Elizondo López*

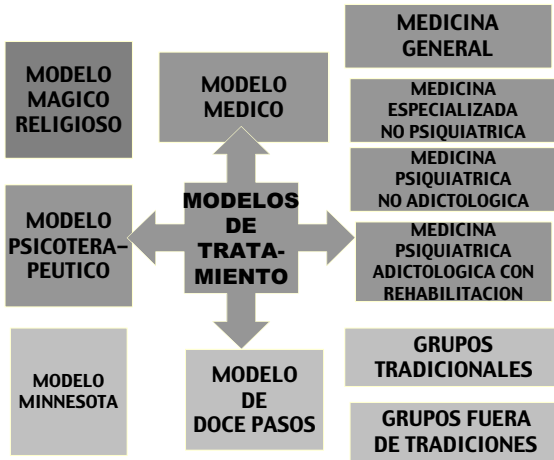
En el siguiente cuadro está resumido lo que aquí hemos escuchado hoy respecto de los tipos de tratamientos profesionales, los externos y los internos.

## **TIPOS DE TRATAMIENTO EN EL ALCOHOLISMO**



Entre los no profesionales, de los llamados de ayuda mutua, se debe mencionar, además de A.A., a los grupos de Narcóticos Anónimos; la importante intervención en el tratamiento de la familia de los grupos de Alanón; de Hijos de A.A.; de Familias Anónimas, que tanto han aportado al manejo del familiares (sobre todo adictos a las drogas); de los grupos de 24 Horas.





Los tratamientos van desde el modelo mágico-religioso; el psicoterapéutico; el Minnesota; el de los 12 Pasos, que podemos dividir en grupos tradicionales y los llamados grupos fuera de tradiciones. Dentro del modelo médico hay submodelos como el de medicina general; el de medicina especializada no psiquiátrica (por ejemplo, gastroenterólogos o neurólogos); el de medicina psiquiátrica no adictológica y, finalmente, el modelo ideal dentro del aspecto médico, que es el modelo de medicina psiquiátrica adictológica con rehabilitación.

Agradezco mucho la participación de los ponentes. Parece ser que en esta Torre de Babel empezamos a hablar el mismo idioma o por lo menos lo intentamos. Se cumplió el objetivo de este seminario, que es comenzar a integrar todos los modelos. Como vimos el problema del alcoholismo no empieza en la crisis del alcohólico ni termina cuando éste logra la abstinencia.

El modelo comienza mucho antes con el pretratamiento, como lo presentó la licenciada Echeverría, continúa con el tratamiento propiamente dicho (con la intervención en crisis) y , lo más importante, termina con el postratamiento, el seguimiento del alcohólico. En esta etapa el problema fundamental no es el consumo excesivo de alcohol, pues sabemos que éste es sólo un síntoma de un problema más

profundo, una problemática orgánica, cerebral, emocional, conductual y social del consumidor de alcohol, que debe tratarse como se visto aquí, para lograr no sólo la abstinencia sino la verdadera meta que es la sobriedad.



*Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.*  
*Seminario permanente: “Investigación, cultura y Salud”*

**Cuadernos**

1. *Cuadernos de investigación.*
2. *El pulque, la cultura y la salud.*
3. *La mujer en la cultura del consumo de bebidas con alcohol: riesgos y beneficios.*
4. *Políticas de moderación en el consumo de bebidas con alcohol.*
5. *Los jóvenes y los riesgos en el consumo de bebidas con alcohol: ¿qué podemos prevenir?*
6. *La tercera edad: ¿cuál es la experiencia y cuáles las consecuencias del consumo de bebidas con alcohol?*
7. *El trabajo y las bebidas con alcohol: razones, consecuencias y alternativas.*
8. *El consumo moderado de bebidas con alcohol como factor protector de la salud: ¿mito o realidad?*
9. *Consumo de bebidas con alcohol en contextos juveniles.*
10. *Alcohol y accidentes de tránsito. Revisión de la evidencia.*
11. *Estándares y equivalencias de las bebidas con alcohol.*
12. *Alcohol y comunidades indígenas. Ritual y patología.*
13. *Legislación y bebidas alcohólicas.*
14. *Alcohol y cáncer.*
15. *Publicidad de las bebidas alcohólicas Evidencias y controversias.*
16. *Publicidad de las bebidas alcohólicas Evidencias y controversias (Parte II y última).*
17. *Alcohol y familia.*
18. *La depresión y el consumo excesivo de alcohol.*
19. *Modelos de tratamiento para el alcoholismo.*

*Talleres  
Interactivos  
Para la  
Promoción de la  
Salud*

La Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. (FISAC), a través de su Dirección de Servicios a la Comunidad, diseñó **TIPPS** (*Talleres Interactivos para la Promoción de la Salud*) como un apoyo a la educación para la salud, a fin de **prevenir el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas**.

Está dirigido a escuelas de educación media y media superior, asociaciones de padres de familia, empresas públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y líderes comunitarios que organicen actividades con población juvenil.

Promotoras profesionales imparten este curso de prevención primaria **orientando a educar en la moderación y el consumo responsable del alcohol**, y a capacitar instructores para que, a su vez, difundan esta información en sus centros de trabajo. Los temas de que consta el curso son los siguientes:

*Parte I. Alcohol y Sociedad*

1. Características de las bebidas con alcohol
2. Desarrollo histórico de las bebidas alcohólicas
3. Por qué beben las personas: Un enfoque multidisciplinario, y Mitos y creencias
4. Moderación y exceso en el consumo
5. Consumo de bebidas alcohólicas en México. Situación actual
6. Pubertad, adolescencia y juventud

*Parte II. Desarrollo integral del adolescente*

7. Sexualidad y salud sexual

*Parte III. Factores de riesgo, protección y resiliencia*

8. Autoestima
9. Asertividad
10. Valores
11. Tiempo libre
12. Proyecto de vida

Llame para darnos la oportunidad de informarle más acerca de nuestros **TIPPS**:

**Lic. Alicia Argüelles Guasquet**

*Directora de Servicios a la Comunidad*

Teléfonos: 5554-0442, 5554-6276, 5554-0604 ext.227

Fax: 5554-0161 Correo electrónico: [arguelles@fisac.org.mx](mailto:arguelles@fisac.org.mx)

consulte nuestra página web

**[www.alcoholinformate.org.mx](http://www.alcoholinformate.org.mx)**



Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.

*Francisco Sosa No. 230 Col. Coyoacán*

*México, D.F. 04000*

*Tel. 5554-2194 Fax. 5554-0161*

*Cuadernos* **FISAC**

Se terminó de imprimir en febrero de 2004,  
en Typpo graphics, S.A. de C.V.;  
El papel utilizado Ivory de 135 gramos.