

Modelo de intervención del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares

Luis Solís Rojas
Florentino Guízar

Summary

In Mexico, as in the rest of the world, alcoholism is a problem of public health associated with high social costs.

Under the support of the Mexican Institute of Psychiatry, the Center for Helping the Alcoholic and his Family (CAAF), attends this addiction through actions which underlay treatment, research and training. Contributions of CAAF in the last 18 years include the development of clinical, anthropological and epidemiological research on alcohol abuse and alcoholism. Treatment modalities of our model focus on diminishing the amount of drinking and the induction of the abstinence. The objectives of the treatment program comprehend improvement of comorbidity and modification of those factors which may trigger relapse. All this is possible through systematic actions involving the following components: Intake, diagnosis, referral, therapeutic prescription, follow up, conclusion and reentry. This model fulfills, most of the needs of the patients and their families. The model also considers the intensity of intervention and a multidisciplinary interaction as key points for treatment. We believe that comprehensive models may increase the effectiveness of the treatment and the social benefits of intervention.

Resumen

En todo el mundo el alcoholismo es un problema de salud pública con costosas repercusiones. El Instituto Mexicano de Psiquiatría, por medio del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) atiende esta problemática mediante líneas de trabajo encaminadas a la investigación apoyo a la docencia y atención terapéutica. Las aportaciones del Centro a lo largo de 19 años incluyen investigaciones antropológicas, epidemiológicas y clínicas. El modelo de intervención del CAAF es una propuesta que por medio de diversas modalidades intenta lograr el éxito en el tratamiento por medio de la moderación de la cantidad de alcohol que se ingiere o de la abstinencia total. Los objetivos se dirigen a incidir en la comorbilidad asociada e identificar los factores que precipitan las recaídas. Esto se consigue por medio de acciones sistemáticas definidas por los siguientes componentes: admisión, diagnóstico, canalización, prescripción terapéutica, análisis de la evolución, conclusión y reanudación. Lo anterior integra diversas modalidades terapéuticas que cubren la mayor parte de las necesidades de los pacientes y sus familiares. El modelo propuesto considera la intensidad de la intervención y la participación del equipo terapéutico para generar un mayor impacto en el curso del alcoholismo con el consecutivo incremento del beneficio social.

* Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco 14370 México, D.F.

Introducción

Situación en el mundo

Los sistemas de tratamiento de los problemas de dependencia al etanol constituyen, a nivel mundial, uno de los capítulos más relevantes para el diseño de programas de salud. Los enormes costos económicos y sociales derivados de este fenómeno se manifiestan por medio de indicadores de mortalidad, daño y uso de servicios (19). En el primer caso, el número de muertos relacionados en forma directa o indirecta con el consumo de alcohol, representa una proporción significativa de fallecimientos potencialmente evitables (8). En segundo término, la incapacidad generada por los daños a la salud es una causa sustancial de invalidez en los alcohólicos de los países desarrollados y de aquellos que no lo son. Mientras tanto, los costos derivados de la utilización de servicios de salud son considerablemente elevados, tomando en cuenta que el alcohólico es probablemente uno de los usuarios más asiduos de tales servicios (18).

Por otra parte, las consecuencias del alcoholismo apuntan enfáticamente al reconocimiento de un vasto espectro de complicaciones que redundan en la necesidad de desarrollar sistemas de tratamiento, tarea en la que en los últimos 50 años se ha invertido una gran cantidad de esfuerzo.

Situación en México

La panorámica del consumo de alcohol en México no es más alentadora que en otras latitudes. A partir de la observación efectuada hace 400 años por el clérigo dominico Diego Durán, el alcoholismo en este país se ha perfilado como un problema de salud pública (5). La persistencia estereotipada de una larga tradición de consumo dañino hace que hoy día el fenómeno, en su conjunto, advierta características epidemiológicas que se comparten con los países de Latinoamérica (4). Las especificidades, por su parte, han sido dilucidadas por medio de diversos estudios de los cuales los más recientes (11) señalan una distribución diferencial del alcoholismo en las poblaciones mexicanas.

Con un 30 % de personas del sexo masculino entre los 12 y los 45 años de las áreas urbanas, cuyo patrón de ingesta se aproxima a la definición de depen-

dencia o de consumo dañino, la carga que el alcoholismo impone a la sociedad en conjunto resulta poco más que onerosa. La trascendencia de la problemática se magnifica cuando se puntualiza la existencia de 1, 318.027 personas entre 12 y 45 años que, solamente en las ciudades del país, requieren servicios de tratamiento.

Mientras tanto, el excesivo crecimiento de las megalópolis conlleva al incremento de los problemas relativos al consumo de alcohol. El caso más típico lo constituye la ciudad capital de este país.

Localizado en el centro histórico de la ciudad de México, el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) representa una respuesta del Instituto Mexicano de Psiquiatría a las necesidades de salud mental de la zona. El hiperequipamiento en servicios de esta área, su excesiva urbanización, la aglomeración de las condiciones generales de producción, junto con la confluencia de diversos grupos étnicos y socioeconómicos, imprimen una naturaleza *sui generis* a la ubicación del CAAF (14) que determina su carácter de zona de alto riesgo para problemas de alcoholismo.

Desde su creación el CAAF ha otorgado servicios de atención curativa y rehabilitación a 7 500 personas con trastornos relacionados con el uso y dependencia del alcohol (1).

En el transcurso de 3 lustros, la investigación realizada en el Centro ha puesto de manifiesto que la población que solicita los servicios no necesariamente muestra características específicas de marginalidad (10), confirmando que la mayoría de los usuarios son varones que se encuentran en la etapa más productiva de su vida. Ocho de cada diez concurrentes han recibido tratamientos anteriores, lo cual remarca la importancia de proponer alternativas diferentes a las recibidas, o al menos replantear estrategias terapéuticas más efectivas.

Lo anterior no descarta los rituales religiosos de los cuales se ha destacado "la jura" con el fin de mantener la abstinencia. Las evidencias disponibles también indican que participación de la familia y la inclusión de los sujetos en grupos de AA potencian los efectos del tratamiento.

Otros estudios muestran que las expectativas y conceptos de los usuarios de los servicios no corresponden con la estructura y los criterios asistenciales del CAAF, lo que incide en la necesidad de educar a la población acerca de las opciones de atención al alcoholismo (16).

Asimismo, la investigación ha precisado que por medio de un proceso de captación efectiva de casos en la comunidad, es factible referir a tratamiento inclusive a personas con una avanzada trayectoria de consumo y elevados niveles de deterioro orgánico y psicosocial (17).

Por su parte, la familia tiene formas naturales de enfrentarse al consumo de alcohol de uno de sus integrantes, las cuales se entremezclan, advirtiendo la predominancia de una de ellas sobre los 7 subtipos restantes que incluyen respuestas emocionales, facilitadoras, evitadoras, controladoras, de inacción, de confrontación, de apoyo y de independencia (9). En estas familias las relaciones entre los alcohólicos y los pa-

rientes son usualmente de tipo complementario. Se observa rigidez en el sistema y síntomas emocionales en alguno de los miembros; la esposa ejerce el papel de controlador informal del alcoholismo en la familia (15).

Mientras tanto, el malestar emocional que el alcoholismo produce a las esposas que asisten al CAAF se manifiesta por medio de síntomas diversos entre los que se destacan las disfunciones sexuales, la depresión, la distimia y la ansiedad generalizada (6,7).

En los grupos femeninos de pacientes bebedoras de nuestro Centro, la asociación entre el alcoholismo y los padres es frecuente, al igual que el antecedente de haber crecido en un contexto de privaciones afectivas y violencia familiar, con un consumo inicial en las fases tardías de la infancia o en los períodos de adolescencia temprana (3).

Desde hace varios años se enfatizó la necesidad de contar con un instrumento especializado de recopilación de datos codificados que permita unificar los criterios diagnósticos de los problemas de alcoholismo (13). Esta idea sigue vigente en la actualidad y es uno de los aspectos fundamentales del desarrollo que a continuación se expone.

Modelo de intervención del CAAF

A partir de lo anterior hemos de formular dos preguntas importantes para este trabajo: ¿Cuál es el modelo idóneo para el tratamiento del alcoholismo en el CAAF? ¿Cuáles son las modalidades terapéuticas que en conjunto ofrecen mejores posibilidades de recuperación al alcohólico?. Actualmente distamos de contar con una respuesta precisa, pero suponiendo que esta existiera, deberíamos considerar desde los aspectos genéticos-moleculares hasta las dimensiones conductuales y sociales del fenómeno. Ya que un modelo con tales características no ha sido desarrollado, es necesario conformarnos con establecer requisitos deseables en términos de los procedimientos disponibles; por lo tanto, el modelo idóneo debería aspirar a cubrir la mayor parte de las necesidades de nuestros pacientes y sus familiares desde las perspectivas físicas, psicológicas y socioculturales.

Debe partirse de la aceptación de evidencias que apoyan el hecho de que los pacientes alcohólicos pueden evolucionar favorablemente cuando reciben una intervención terapéutica (2), si bien la efectividad de las intervenciones se ha sometido a discusión en múltiples ocasiones y ha sido en otras más motivo de controversia. Lo anterior se debe a que muchas de las intervenciones no reúnen las fortalezas metodológicas necesarias para promover un cambio conductual permanente. Otras más soslayan los aspectos de accesibilidad cultural. En un tercer grupo se encuentran las opciones que sin ser las más efectivas, tienen un alto costo de operación y cuya oferta se limita a los sectores privilegiados de la población, por lo que una de las cualidades más buscadas en los servicios de atención al alcoholismo es la definición de modelos que por los medios y tecnologías disponibles ofrezcan a los usuarios una variedad suficiente de alternativas efectivas y, por lo tanto, costo-redituables (12).

Para ese fin, el Instituto Mexicano de psiquiatría desarrolló un proyecto tendiente a efectuar una modificación de sus métodos de tratamiento en el Centro de Ayuda al Alcohólico y su familiares mediante el desarrollo de un modelo de atención que cumpliera con los estándares de calidad eficiencia.

Para el desarrollo preliminar se consideró la información epidemiológica, antropológica y clínica respecto a los usuarios de los servicios de tratamiento. Finalmente, se conjuntó la experiencia y los puntos de vista del equipo por medio de discusiones grupales y subgrupales, generando un modelo que representa una adaptación de la propuesta de G. Edwards, cuyo paradigma es el servicio de tratamiento del alcoholismo del Hospital Maudsley de Londres. La adaptación de este modelo requirió considerar las especificidades de la práctica médica institucional de nuestro país al igual que las características de las personas que reciben servicios en el CAAF. El modelo retoma los objetivos del Instituto Mexicano de Psiquiatría (investigación, asistencia, docencia) considerando un alto grado de especialización en el tratamiento de los problemas de alcoholismo en la comunidad.

El modelo responde a las características y necesidades de los diversos tipos de pacientes que acuden al Centro. Para ello se ha programado una serie de modalidades terapéuticas que intenta satisfacer esas necesidades. El fin último es lograr el éxito del tratamiento, entendido como la modificación del curso del alcoholismo por medio de la moderación de la cantidad de alcohol que se ingiere, o de la abstinencia total. Se intenta, asimismo, incidir en la comorbilidad física, psicopatológica y social presente en ese momento e identificar los factores (cuando existan) que precipitan las recaídas. Lo anterior se logra por medio de acciones sistemáticas que pueden ser definidas en los siguientes puntos:

1. Admisión, diagnóstico y canalización

El diagnóstico se basa en recoger sistemáticamente la información relacionada con los problemas, necesidades, fortalezas y vulnerabilidades de cada paciente. El diagnóstico se efectúa desde el momento en que la persona o los familiares asisten al Centro y se enfoca a diversos aspectos de la demanda de tratamiento y a la información clínica sobre el individuo o el grupo familiar. El diagnóstico consta de dos fases secuenciales:

1a. Consulta inicial

La primera parte de la evaluación clínica consiste en una *consulta inicial* de una hora de duración en la que el entrevistador establece las bases para un tratamiento planificado e informado de con las especificidades de cada sujeto. En la primera consulta se exploran el origen de la solicitud de tratamiento, las historias del consumo, los tratamientos recibidos con anterioridad, la severidad de la adicción, la historia de recaídas y la comorbilidad existente.

En la consulta inicial es atendido por un profesional del equipo quien toma bajo su responsabilidad el tra-

tamiento del paciente y la secuencia y continuidad del mismo durante su paso por el programa. De acuerdo con la información obtenida, el responsable del caso envía al paciente o a la familia con las instancias diagnósticas correspondientes del Centro a fin de tener un claro panorama del trastorno en la perspectiva médica, psicológica y social. El paciente es enviado primero a las unidades de hospitalización para una desintoxicación sin riesgos.

1b. Diagnóstico

El resto del proceso diagnóstico tiene lugar en las siguientes 4 sesiones, de una hora cada una, en las cuales se indaga sobre los aspectos médicos, psicológicos y psiquiátricos del paciente, con la finalidad de dilucidar la naturaleza de su adicción y la comorbilidad asociada. En esta etapa se ahonda acerca de la severidad de la adicción y su efecto en las diversas áreas del funcionamiento. La determinación de la severidad de la adicción considera también la adecuación del tratamiento en función de las características del sujeto.

Cuando se requiere, se envía a la persona a las instituciones o a los servicios comunitarios para el manejo de la comorbilidad existente.

2. Terapéutica

La terapéutica incluye el espectro más amplio de posibilidades para cubrir la mayoría de las necesidades de los pacientes y sus familiares. Consta de dos componentes.

2a. Prescripción terapéutica

Cuando se ha reunido la información diagnóstica, el responsable del caso, y el equipo de profesionales que participó en el proceso diagnóstico se reúne en una sesión de trabajo grupal con el fin de decidir sobre las alternativas de tratamiento más adecuadas al estado y circunstancias del alcohólico y su familia. En esta fase se definen los objetivos terapéuticos y la frecuencia con la que tiene que asistir a tratamiento, vinculando diferentes modalidades de manera simultánea en el proceso del tratamiento.

La prescripción tiene un carácter eminentemente técnico el cual es definido por todo el equipo de trabajo con el fin de disminuir las posibilidades de que el abordaje sea insuficiente, erróneo o excesivo. Con el fin de graduar la intensidad de la intervención es importante considerar la percepción del equipo y la de mismo paciente, y el de la familia. La intensidad de las prescripciones varían y están sujetas al entorno social, familiar y psicopatológico del individuo.

2b. Contrato y determinación de metas terapéuticas

En esta fase el responsable del caso, junto con el paciente y con base en los datos obtenidos durante el proceso diagnóstico, determinan las metas que se esperan del tratamiento a corto plazo. Las metas deben enfocarse en la abstinencia o el control de la cantidad

de alcohol que se ingiere. El primer caso se plantea cuando el individuo no presenta una dependencia severa o cuando la historia de consumo de alcohol es reciente. Si por el contrario, la persona es fuertemente dependiente, la abstinencia total se indica inequívocamente. Las metas deben comprender los aspectos familiares, laborales y sociales y fijarse en concordancia con las disfunciones observadas en cada una de estas áreas durante el diagnóstico de la severidad de la adicción.

En esta fase también se aclaran los aspectos relativos a la participación, involucración y responsabilidad tanto del equipo terapéutico como del paciente alcohólico o la familia.

2c. Modalidades terapéuticas

La diversidad de las modalidades de atención responde como ya se ha comentado, a las necesidades de los usuarios de los servicios. Lo anterior fue definido inicialmente con base en el perfil de las personas que acuden al centro, a saber:

1. Los pacientes con dependencia severa que han interrumpido recientemente su ingestión de alcohol, o que continúan consumiendo. En ambos casos pueden acudir a solicitar tratamiento para su problema de dependencia para manejar de las complicaciones médicas y psiquiátricas.
2. Los pacientes que están conscientes de su adicción pero cuya dependencia y complicaciones no pueden aún ser consideradas severas.
3. Los pacientes que independientemente de la severidad de su adicción acuden por presión familiar o laboral pero que no reconocen la necesidad de someterse a tratamiento.

Por su parte, las familias que asisten a este Centro se ubican en alguno de los siguientes grupos:

1. Familias en las que uno de los miembros tiene un serio problema por su manera de beber, y en la que tanto el alcohólico como la familia acuden a solicitar servicios.
2. Familias en las que uno de sus integrantes es alcohólico y que acuden a solicitar tratamiento sin la presencia del alcohólico.
3. Familias con un alcohólico que ha dejado de beber pero en la que uno de sus miembros tiene un problema médico o psicosocial.

Las modalidades terapéuticas que se plantean como los fundamentos de la atención en el CAAF son:

- Orientación para la adquisición de formas de enfrentamiento (uso de técnicas de relajación y asertividad)
- Orientación a codependientes,
- Psicoterapia individualizada,
- Psicoterapia a la familia,
- Psicoterapia a grupos de alcohólicos,
- Farmacoterapia,
- Apoyo en autoayuda (AA),
- Grupos de encuentro,
- Sistema de automonitoreo.

En cada caso se promueven los cambios conductuales para lograr la abstinencia o modificar el patrón de beber, creando las condiciones apropiadas para manejar los conflictos y la problemática que inciden en el mantenimiento de la conducta adictiva.

3. Progresión

Registro de la evolución

El registro de la evolución es la información más clara sobre la mejoría o estancamiento del paciente durante el tratamiento, y permite evaluar las modificaciones promovidas en el sujeto y la familia en diversos periodos. Por lo menos una vez a la semana analiza la evolución el responsable del caso, lo cual facilita un el seguimiento de la continuidad terapéutica.

4. Conclusión y reanudación

La conclusión se refiere a la terminación del tratamiento ya sea por haberlo dado de alta o porque el paciente interrumpió el tratamiento. Para darlo de alta se requiere hacer el balance entre las metas programadas y las logradas con base en la percepción del paciente, del terapeuta y de la familia, considerando los indicadores de mejoría clínica. En este caso la severidad de la adicción también deberá considerarse como un parámetro de utilidad para evaluar la conclusión del tratamiento.

El rescate es una estrategia que comprende las acciones necesarias para reintegrar al paciente al tratamiento, siempre y cuando haya una indicación para ello.

Cuando el paciente reingresa se integran los datos relacionados con la situación en la que acude de nueva cuenta al Centro, investigando las circunstancias en las que ocurrió la recaída.

5. Evaluación del tratamiento

La evaluación del curso del postratamiento y del ajuste social logrado es también un aspecto importante para el establecimiento de indicadores de mejoría y de recaídas. Esto último lo retroalimenta como el resultado final de su propio desempeño.

Conclusiones

El gran desafío de los sistemas para el tratamiento de los problemas de alcoholismo en nuestro país debe considerar la integración de las mejores posibilidades de recuperación con base en intervenciones científicamente fundamentadas, de bajo costo y eficaces. Los modelos sugeridos deben considerar las características de los usuarios y las diversas modalidades disponibles, e integrar a la familia en un proceso de atención sistemático que cubra la mayoría de sus necesidades. Estos modelos deben tener capacidad para evaluar el curso del tratamiento y el control de los

factores asociados con las recaídas, a fin de favorecer el mayor tiempo posible de abstinencia o la modificación de los patrones de consumo para disminuir los daños a la salud.

Las perspectivas para los próximos años se dirigen a la creación de un centro avanzado de investigación, capacitación y tratamiento de problemas de alcoholismo. El Primer apartado implicaría el desarrollo de proyectos de investigación en sistemas de atención, identificación de factores genéticos y de vulnerabilidad, en el conocimiento de las influencias psicológicas y sociales de la conducta de beber; en el diseño y operación de instrumentos de diagnóstico, así como

de estudios acerca de las causas y expresiones de los diversos tipos de alcoholismo; de las mejores alternativas de atención; de los factores que influyen en el curso del tratamiento y en la búsqueda de modelos de prevención de recaídas. En segundo lugar, la posibilidad de apoyar a la red de servicios de atención primaria en salud por medio de la capacitación selectiva, generaría un modelo prototípico de gran alcance. Finalmente, la definición del CAAF como un centro de referencia en la zona de influencia. Todo lo anterior constituye una aportación más del Instituto Mexicano de Psiquiatría a la sociedad de nuestro país.

REFERENCIAS

1. ARCHIVOS CLINICOS: Del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF). Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1979-1995.
2. BROWN BS: Treatment of nonopiate dependency issues and outcomes. En: *Research in Alcohol and Drug Problems*. Plenum Medical Press. Nueva York, 1974.
3. CASCO FM, NATERA RG: El alcoholismo en la mujer: La explicación que ellas mismas dan. *Salud Mental*, 16:24-31-1993.
4. COOMBS DW, GLOBETTI G: Alcohol use and alcoholism in Latin America: Changing patterns and sociocultural explanations. *The International Journal on Addictions*, 21:59-81, 1986.
5. DURAN D: *Historia de las Indias de la Nueva España e Islas de la Tierra Firme*. Biblioteca Porrúa (36):622. Editorial Porrúa. México, 1984.
6. GONZALEZ FC, ROMERO MM, CARAVEO AJ, ARETIA P: DIS: Validez de procedimiento y adaptaciones al instrumento. Experiencia en México. *Psicopatología*, 13:91-100, 1993.
7. GONZALEZ FC, ROMERO MM, CARAVEO AJ, ARETIA P: New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry, 7:63-75, 1991.
8. LEVAV I, LIMA RB, SOMOZA LM, KRAMER M, GONZALEZ R: Salud mental para todos en América Latina y El Caribe: bases epidemiológicas para la acción. *Bol Of Sanit Panam*, 70:196-219, 1989.
9. NATERA RG, CASCO FM, NAVA GA, OLLINGER E: Respuestas Naturales de la familia al uso y abuso de alcohol y drogas. Resultados de un estudio piloto. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la V Reunión de Investigación. 40-47, México, 1990.
10. PUENTE SF, TENORIO HR: Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares: Aspectos Sociodemográficos y perfiles de la población consultante. *Salud Mental*, 5:60-65, 1982.
11. SECRETARIA DE SALUD: *Encuesta Nacional de Adicciones*. (1):237. Dirección General de Epidemiología. Alcohol, 1994.
12. SOLIS RL: Residential services for the drug and alcohol abuser, characteristics, matching and evaluation. En: *Handbook on the Management of Substance Abuse for Developing Countries. A publication of the 1989-90 H.H.H. Fellows in Substance Abuse*. The Johns Hopkins University, 1991.
13. SOUZA MM, MESTAS AJ, TURULL F, CARDENAS AJ: Historia clínica psiquiátrica codificada para alcoholismo. Una aportación al manejo asistencial del problema. *Salud Mental*, 8:20-30, 1985.
14. TENORIO R, FIGUEROA E: Equipamiento urbano y alcoholismo en el área de influencia del CAAF. Instituto Mexicano de Psiquiatría. (Reporte interno) México, 1994.
15. TENORIO HR, FIGUEROA OE, NATERA RG: Relación del familiar con el sujeto alcohólico: Una aproximación Sistemática. *Revista de Trabajo Social*, E.N.T.S - UNAM.
16. TURULL TF: Aspectos socioculturales de la demanda de atención en un servicio de Alcoholismo de la Ciudad de México: El Centro de Ayuda al alcohólico y sus Familiares (CAAF), IMP. *Salud Mental*, 5:66-73, 1982.
17. TURULL TF: El manejo de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en México. *Salud Mental*, 6:15-17, 1983.
18. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES: Diagnosis and treatment of alcoholism. En: *Alcohol and Health*, Eight Special report to the U.S Congress, 319-349, 1994.
19. US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES: Economic issues in alcohol use and abuse. En: *Alcohol and Health*. Eight Special Report to the U.S. Congress, 53-265, 1994.