
CAPÍTULO 6

INTERVENCIÓN BREVE PARA FAMILIARES DE CONSUMIDORES DE ALCOHOL: RESULTADOS DE UNA APLICACIÓN EN UNA REGIÓN INDÍGENA EN MÉXICO

Guillermina Natera, Fransilvania Callejas¹

EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SUS EFECTOS EN LA FAMILIA

El consumo excesivo de alcohol tiene repercusiones negativas no solo en el consumidor, sino también en la salud física y mental de otros miembros de la familia. Se ha relacionado con problemas como violencia doméstica, rupturas maritales, dificultades económicas y maltrato infantil (Orford, Veleman, Natera, Templeton y Copello, 2013). Sin embargo, la mayor parte de los programas que existen para la atención de las adicciones se enfocan en el consumidor, ignorando los efectos de esta conducta en otros miembros

¹ Guillermina Natera Rey directora de investigaciones epidemiológicas y sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz* (INPRFM); profesora en los estudios de maestría y doctorado en la Facultades de Medicina y Psicología de la UNAM. Investigadora del Sistema Nacional de Investigadores con el nivel III. Fransilvania Callejas Pérez es licenciada en psicología educativa por la UPN, investigadora en la Dirección de investigaciones epidemiológicas y sociales del INPRFM y tutora en línea de cursos sobre familia y adicciones.

de la familia (Copello, Templeton, Orford, Velleman, Patel, Moore *et al.*, 2009). Por lo general a la familia se le incluye en los programas de tratamiento como la responsable e incluso culpable del consumo de alcohol y drogas, Orford (2010) señala que han jugado un rol marginal en las teorías sobre la adicción o en el tratamiento de las adicciones.

En divergencia con estas representaciones el marco teórico de este trabajo, admite que la experiencia de una esposa, una madre u otro familiar afectado, está bajo una circunstancia caracterizada por una serie de estresores. Es decir, para ella tener en la familia un problema de alcohol o drogas, es análogo a un desastre o a una catástrofe. Los familiares no tienen la culpa de tales desastres o catástrofes, sino que son también las víctimas de ellos. Además de los estresores, este modelo (Orford, 2010; Natera, 2011) incorpora otros tres componentes: las tensiones ocasionadas por el estrés; las formas de enfrentamiento por parte de los familiares y el apoyo social que puedan o no recibir.

En México, la prevalencia de dependencia al alcohol es mayor en la población rural e indígena (10,5%) que en la urbana (9,3%) (Secretaría de Salud, 2002). Si bien son las mujeres las que menos consumen, son ellas en especial las esposas, las que experimentan las consecuencias de vivir con un consumidor excesivo de alcohol; esta circunstancia conlleva el estrés así como los síntomas depresivos, que son unos de los más importantes en México.

En espacios rurales, generalmente de gran pobreza, la atención a la salud es limitada sobre todo a la salud mental; por lo general, el tratamiento más común a estos padecimientos es el uso de medicamentos, sin embargo el acceso a ellos no es fácil, en parte porque se encuentran en farmacias de zonas urbanas, lo que implica un costo extra para adquirirlas por tener que transportarse; además de que el medicamento no es barato para sociedades como estas de alta precariedad. En ese sentido se deben buscar alternativas de tratamiento menos costosas y efectivas. Unas de ellas pueden ser las intervenciones psicológicas.

La atención de síntomas como los de depresión, situaciones de angustia, estrés, malestares emocionales y de adicciones, a través de intervenciones breves es una excelente opción, porque han demostrado ser efectivas y de bajo costo (Babor, 2010) como en el caso de los familiares de personas que consumen alcohol en exceso (Orford *et al.*, 2013).

Por todo lo anterior, la relevancia del estudio aquí expuesto radica en que es el primero que se realiza en comunidades rurales indígenas en México y aporta una primera aproximación de lo que implica aplicar un modelo de atención para apoyar a los familiares que padecen estrés y otros síntomas psicológicos, por convivir con un familiar consumidor excesivo de alcohol, contribuyendo así a ofrecer un aporte cognitivo al saber sobre este asunto.

PROPUESTA DE UN MODELO DE 5 PASOS

En México este modelo fue desarrollado tanto para población urbana por Natera y colaboradores (2009) y posteriormente adaptado a población rural (Natera, Tiburcio, Mora, Medina y Orford, 2009), y está destinado para capacitar al personal de salud y guiarlo en la aplicación del modelo.

Esta intervención se basa en el modelo *Estrés, Tensión, Enfrentamiento y Apoyo* (SSCS) (Orford, *et. al.* 2013), propuesta para su aplicación en el contexto de la atención primaria. Entre otras metas el programa pretende reducir el estrés, los síntomas de depresión, malestares físicos y psicológicos, y ayudar a los familiares de consumidores de alcohol u otras drogas, a plantearse nuevas formas de afrontar la situación con beneficios para su salud mental. Los cinco pasos del modelo son:

1) **Explorar las preocupaciones y necesidades del familiar**

Por lo general, en esta primera fase el familiar está muy preocupado y centrado en saber qué tiene que hacer para que

el usuario deje de consumir; toda la atención está concentrada en el consumidor, olvidándose de sí mismo. Por eso en esta fase, la principal meta es ayudarlo para que exprese cómo le ha afectado el consumo de su familiar, en aspectos de su salud física y emocional y que enfoque su atención en sí mismo(a) y ya no tanto en el usuario pues éste dejará de beber cuando esté convencido de hacerlo y comprender que ello no es su responsabilidad. Es posible que varios problemas estén relacionados o no con el consumo de alcohol, sin embargo, es importante que el familiar hable sobre las preocupaciones que enfrenta e identifique cuáles se asocian al consumo y cómo le afectan. Se ha observado que este paso es de suma importancia porque en muchas ocasiones es su primer acercamiento a una fuente de ayuda y su oportunidad para hablar de aquello que le afecta y de ser escuchadas y otras veces dadas sus circunstancias no les es posible regresar.

2) Proporcionar información sobre el consumo de alcohol y sus consecuencias

Aquí el familiar recibe información con la finalidad de reducir su preocupación y aclarar sus dudas acerca de las características y efectos de las sustancias.

Los familiares de consumidores de alcohol se preocupan tanto por la cantidad de alcohol ingerida como por el tipo de sustancias y las condiciones en que el consumidor bebe. Hay personas que consumen grandes cantidades de alcohol por ocasión. En la región indígena del Mezquital es posible que consuman poco más de dos litros de pulque al día durante el trabajo o en ocasiones dejan de trabajar al excederse en la ingesta de alcohol. Actualmente, las esposas suelen preocuparse también porque los hombres no sólo consumen pulque también consumen cerveza, mezcal, aguardiente y otras bebidas de baja calidad que pueden ser más dañinas para el organismo y en ese caso su preocupación se incrementa porque asocian su situación con la

experiencia de otras familias. Los familiares piensan en los efectos del alcohol en la salud física del consumidor y en las dificultades económicas para llevarlo al médico. Estas ideas fatalistas no son del todo erróneas, en la región se han registrado casos graves de cirrosis hepática que genera en las familias un importante desgaste físico, emocional y económico.

En ese sentido es necesario hablar con ellos sobre sus dudas y preocupaciones y ofrecerles información clara y objetiva sobre los posibles efectos inmediatos, a corto, mediano y largo plazo sin pretender alarmarlos.

3) Analizar los mecanismos de enfrentamiento del problema.

Este es el “corazón” del modelo

Mecanismos en enfrentamiento

Son estrategias que el familiar lleva a cabo con la finalidad de evitar que el consumidor continúe bebiendo. Las formas de enfrentamiento que se han identificado en los familiares de consumidores de alcohol son ocho (emocional; tolerante; inactivo; apoyador; controlador; evitativo; asertivo e independiente). Aunque cada forma de enfrentamiento tiene ventajas y desventajas, es claro que para cada persona funcionan de diferente manera. No es posible decir que para todos hay una única forma de actuar viable, por ello cada familiar debe analizar las ventajas y desventajas que obtiene con cada una y elegir aquellas que le ofrezcan mayores beneficios.

En este paso el familiar expresa todo lo que ha hecho por ayudar a la persona que consume alcohol, los efectos que ha obtenido y se ve cuáles han sido las más exitosas o en todo caso se sugieren otras formas de enfrentar que tal vez no ha utilizado. Se indaga acerca de ¿qué pasaría si las usara? Se le apoya a que elija y ensaye aquellas que podrían traer mayores beneficios para su salud, a otros aspectos de su vida cotidiana y al resto de la familia. Se hacen ejercicios donde practique estas nuevas respuestas y el orientador apoya sus decisiones.

4) Explorar las fuentes de apoyo social con que cuentan y promover la búsqueda de otras

Este paso es también muy importante pues los familiares tienen oportunidad de identificar con qué apoyos cuentan, qué tipo de apoyos han obtenido, cuál es el beneficio y qué otras opciones de apoyo podrían tener. Es un punto particularmente sensible pues el consumo excesivo de alcohol o drogas, está muy estigmatizado y las familias lejos de recibir apoyo se sienten juzgadas y aisladas, a tal punto de considerar no tener apoyo de nadie y eso dificulta aún más su situación porque no identifican apoyos familiares, comunitarios o institucionales para ninguna de sus problemáticas, así que es importante ayudarles a identificarlos y motivarles a acercarse a ellos.

5) Derivar a las personas afectadas a servicios especializados cuando lo necesitan

En este caso, el familiar puede manifestar problemas severos de depresión, violencia intrafamiliar, etc., o incluso solicitar apoyo profesional para el consumidor (a). El orientador debe proporcionar esta información que le permitan contar con una ayuda a más largo plazo, para esas problemáticas vinculadas o no al consumo.

También es frecuente que otros integrantes de la familia, incluidos niños y adolescentes requieran algún tipo de ayuda para enfrentar el problema y atender problemas escolares o de conducta asociados a la problemática familiar.

Versatilidad del modelo

Las ventajas de este modelo es que puede desarrollarlo cualquier profesional de la salud entrenado en él y es fácilmente adaptable a cada caso en particular, pues son los familiares quienes identifican los apoyos más próximos a los que pueden recurrir en su contexto social inmediato, y son ellos quienes eligen cómo enfrentar el problema una vez que analizan las ventajas y desventajas de cada forma de actuar de acuerdo a su experiencia con el consumidor.

Hay que enfatizar que en la intervención pueden estar presentes otros familiares e incluso el usuario, si así lo desea la persona que acude por primera vez a solicitar ayuda.

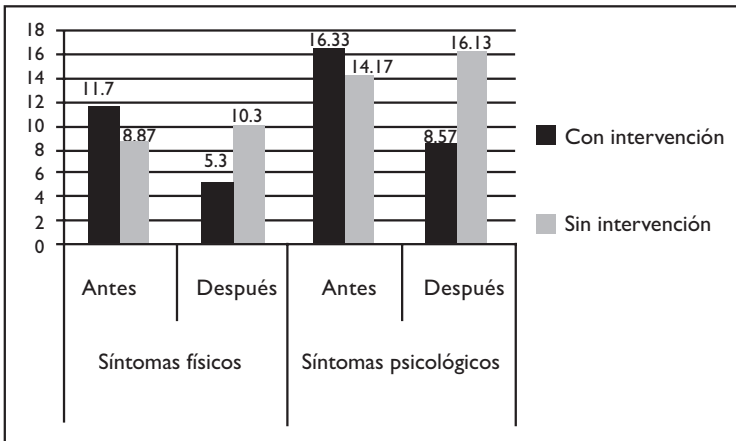
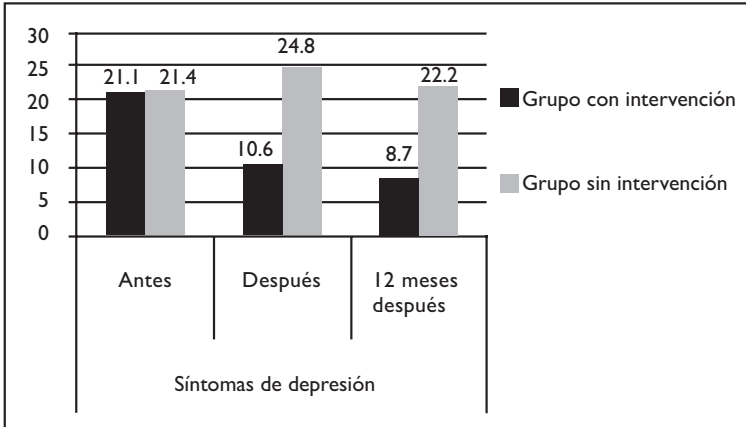
Análisis de una caso en una comunidad indígena

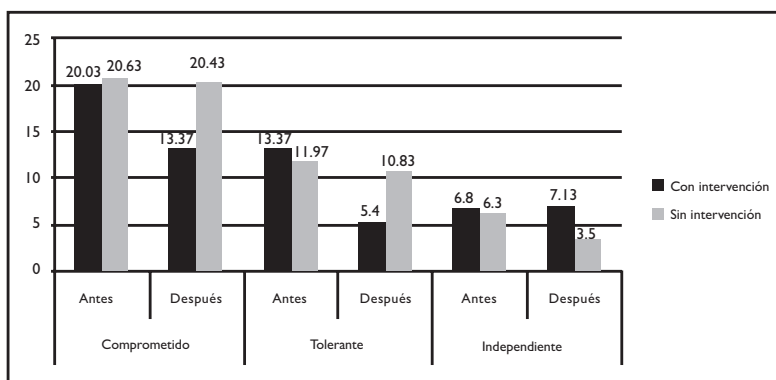
A continuación se presenta una experiencia de la aplicación del modelo en una población indígena de México, donde los índices de consumo de alcohol son más altos que el promedio nacional (Medina-Mora, Villatoro, Rodríguez-Ajenjo y Gutiérrez, 2008). Ahí el consumo consuetudinario es de 6.6% y el índice de abuso y dependencia de 6.8%. Todos ellos por encima de la media nacional, que es de 5.3 y 5.5% respectivamente. Asimismo, presenta una tasa de mortalidad por cirrosis hepática de 40.2 por cada 100 000 habitantes y se ubica en el primer lugar del país, que en promedio tiene una tasa de 26.3 habitantes por cada 100 000 (Secretaría de Salud, 2008). Los problemas del hígado asociados con el uso de alcohol se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte en la región de estudio (INEGI, 2013).

El estudio expuesto se llevó a cabo entre 2010 y 2012 con un grupo de mujeres indígenas de 18 a 65 años de edad, en comunidades indígenas hñahñu (otomíes). Fue un estudio cuasi-experimental, con evaluación antes y después y 12 meses después de la intervención. A partir de los centros de salud de la comunidad se integraron dos grupos, uno experimental ($n = 43$), y otro de control, porque no obstante que presentaban la problemática en casa y se les invitó a participar, no aceptaron ($n = 30$), sin embargo sí accedieron responder a los instrumentos de evaluación al inicio, tres meses después y al año; para estos fines se les localizó en su domicilio o en donde ellas indicaran. Se aplicaron tres instrumentos: Escala de Síntomas (SRT), Cuestionario de Enfrentamientos (CQ) y Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D por sus siglas en inglés) (Tiburcio y Natera, 2007).

A continuación se presentan algunos de los resultados de la evaluación; el grupo con intervención logró reducir los síntomas

físicos, psicológicos y de depresión; cambiaron sus formas de enfrentamiento a otras que ellas reconocieron como más saludables y benéficas (Natera, Medina, Callejas, Juárez y Tiburcio, 2011).





TENDENCIAS EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS GRUPOS

Las formas de enfrentar las actividades al inicio tendieron a ser comprometidas y tolerantes en ambos grupos, pero el grupo con intervención disminuyó su uso entre la primera y segunda medición y, mantuvo el enfrentamiento independiente, no así para el grupo sin intervención, quienes mantuvieron el uso de enfrentamiento comprometido y tolerante, y no incrementaron comportamientos independientes (Natera *et al.*, 2011).

Por otra parte un análisis de costo-efectividad (Natera, Medina, Callejas, Orford, Salinas y Tiburcio, 2016) indica que la intervención breve de cinco pasos es costo-efectiva si se compara con un tratamiento farmacológico convencional para la atención de la depresión. Cuando se comparó con una intervención farmacológica, ésta tuvo un costo dos veces mayor que la intervención breve (\$US 313, y \$US 107,6 respectivamente).

DISCUSIÓN

El modelo fue exitoso pues el grupo que recibió la intervención redujo sus síntomas físicos, psicológicos y depresivos. Disminuyeron

sus estilos de enfrentamiento tolerante y comprometido y mantuvieron un comportamiento independiente, lo que les permite centrarse más en sus necesidades personales y buscar alternativas más benéficas para ellas y el resto de la familia. Mientras que una forma de enfrentamiento tolerante que incluye respuestas emocionales se han relacionado con la presencia de mayor estrés, fueron utilizadas más por el grupo sin intervención.

Fueron muchas las expresiones de sentirse satisfechas con la intervención, por un lado sienten que nadie las había escuchado en este tema, pues la costumbre y la expectativa es que el hombre debe de beber y la mujer “aguantar”. Esta es una mirada cultural muy enraizada en la comunidad. Por lo que este grupo de mujeres se atrevió a hablar de un tema que por lo general los hombres les tienen prohibido, pues para ellos las consecuencias del alcoholismo como la violencia en el hogar, son conductas normales y no deben comunicarse a nadie. Tal vez las mujeres que no aceptaron la intervención, fue porque no se atrevieron a enfrentar esta “prohibición” del hombre, pues como se observa en las gráficas sí necesitaban ayuda.

Este tipo de intervenciones reducen la probabilidad de derivar a los pacientes a especialistas, que pueden ser costosos y no siempre necesarios, dado que un porcentaje elevado de quienes demandan un servicio especializado en salud mental no cumplen los criterios del diagnóstico clínico de depresión. Como señala Angst (2009) una proporción importante de pacientes psiquiátricos padecen síndromes sub umbrales que podrían tratarse en el primer nivel de atención; esta experiencia demuestra que así es. Muchos de estos casos disminuyeron considerablemente la sintomatología depresiva con esta intervención breve, además de facilitar que la mujer, en este caso, logre tomar su vida en sus manos y conseguir decisiones más saludables para ellas.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados podemos concluir que los protagonistas centrales de este programa, en este caso fueron las mujeres, sin embargo pudimos abarcar a todos los familiares afectados, las esposas, esposos, padres, hijos, hermanos, abuelos, incluso amigos, quienes se preocupan y se ven afectados por parientes cercanos que consumen drogas o abusan del consumo de alcohol. Estos métodos son emancipadores para los familiares. Representan un ejemplo de fortalecimiento, con capacidad para los familiares afectados, sus parientes y los usuarios de alcohol o drogas.

Finalmente, uno de los retos para la disseminación de esta intervención en comunidades indígenas, es que el personal de salud esté disponible para aprehender y aprender el modelo, para que ellos mismos lo apliquen y puedan apoyar a los familiares, a las mujeres en este caso, para que fortalezcan sus formas de enfrentar la situación, convencerlas de que este sufrimiento puede encontrar vías de superación, que los patrones culturales alrededor de la bebida también pueden cambiar, hay estrategias que les pueden ayudar. Por otro lado, también se busca influir en la política de salud para que apoyen con recursos para este tipo de intervenciones en el primer nivel de atención.

REFERENCIAS

- Angst, J. (2009). Psychiatry NOS (not otherwise specified). *Salud Ment*, 32 (1), 1-2.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell S., Edwards G., Giesbrecht N., Graham K. *et al.* (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas* (2ª ed). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L. *et al.* (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: a randomized trial. *Addiction*, 104 (1), 49-58.

- INEGI (2013). Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/PC.asp?t=14&c=11817>. Consultada el 26 de enero de 2016.
- Jim Orford, Guillermina Natera, Jazmin Mora, Marcela Tiburcio; Alex Copello, Richard Velleman, Lorna Templeton, Carol Atkinson, Ian Crundall y Gween Walley (2005). *Coping With Alcohol and Drug Problems: The Experience Of Family Members in Three Contrasting Cultures*. UK Routledge, Taylor y Francis Group, 2005, 292 pp.
- Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., Rodríguez-Ajenjo, C., Gutiérrez, ML. *et al.* (2009). Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Disponible en línea en: http://www.inprf.org.mx/epidemiologicas/ena_2008/nacional2008.pdf.
- Natera, G. Tiburcio, M. Mora, J. Orford, J. (2009). *Apoyando a familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas. Intervención comunitaria en adicciones y salud mental*. México: Ed. PAX, Instituto Nacional de Psiquiatría.
- Natera, G., Medina, P., Callejas, F., Juárez, F. y Tiburcio, M. (2011). "Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México". *Salud mental*, 34, 195-201.
- Natera-Rey G, Medina-Aguilar PS, Callejas-Pérez F, Orford J, Salinas-Escudero G, Tiburcio-Sainz M. (2016). Costo-efectividad de una intervención breve de apoyo a mujeres indígenas de Hidalgo, México, que viven con consumidores excesivos de alcohol. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39 (2), 69-75.
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science y Medicine*, 78, 70-7.
- Secretaría de Salud (2008). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Mental*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud, Comisión Nacional Contra las Adicciones (2003). Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol, y otras drogas: resumen ejecutivo. México: Secretaría de Salud, Conadic.
- Tiburcio M, Natera G., Mora J., Medina P. (2009). *Cómo ayudar a las familias a enfrentar problemas de consumo de alcohol en zonas rurales*. México: Ed. Pax.
- Tiburcio, M. y Natera, G. (2007). Adaptación al contexto N̄ñañhú del Cuestionario de Enfrentamientos (CQ), la Escala de Síntomas (SRT) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). *Salud Mental*, 30 (3), 48-58.