



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

Detección Precoz de Alcoholismo
en una Población de Provincia
(Apatzingan Michoacán) con
el Instrumento Cuaal.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

PEDRO ANAYA HERNANDEZ

M- 0040540

1 9 8 7



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AL LIC. CELSO SERRA PADILLA:

POR SU MAGNIFICA DIRECCION Y ASESORIA
PARA ESTA INVESTIGACION

AL LIC. LUIS JIMENEZ BERNAL:

POR SU VALIOSA E ILIMITADA AYUDA
EN LA ELABORACION DEL PRESENTE ESTUDIO

AL DR. JUAN RAMON DE LA FUENTE:

POR LA ENSEÑANZA Y APOYO QUE ME BRINDO

A LA UNAM, QUE ES EL CENTRO
PENSANTE DEL PAIS Y QUE FORJA -
HOMBRES INQUIETOS Y AVIDOS DE --
SABER

A TODOS MIS MAESTROS:

MUCHAS GRACIAS

L. R. 4332

POR SUS VALIOSAS OBSERVACIONES PARA EL --
DESARROLLO DE ESTA TESIS DOY MIS MAS SINCEROS
- AGRADECIMIENTOS A:

DR. HECTOR AYALA VELAZQUEZ

LIC. DIANA OSTROVSKY VINOGRAD

DRA. EMMA ESPEJEL ACO

LIC. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA

CON TODO CARIÑO PARA MI HERMANA:
MA. DE LOS ANGELES QUE CON SU ESFUERZO Y -
SACRIFICIOS LOGRO QUE CONSIGUIERA MI META.

CON TODO CARINO:

A LA MEMORIA DE MIS PADRES,

DAVID ANAYA ESCOBAR Y

MARIA DEL CARMEN DE ANAYA

A MIS HERMANOS:

QUE ME AYUDARON PARA QUE ME REALIZARA
COMO PROFESIONISTA.

A RAFAEL CAMPOS MOLINA:

POR SU ESTIMULO CONSTANTE
PARA MI SUPERACION PERSONAL.

I N D I C E

	PAG.
JUSTIFICACION	1
INTRODUCCION	3
CAPITULO I	
MARCO TEORICO	6
A) ANTECEDENTES DEL ALCOHOLISMO Y DE LA ASOCIACION DE ALCOHOLICOS ANONIMOS	6
B) DEFINICIONES DE ALCOHOLISMO	12
C) CLASIFICACIONES DE ALCOHOLISMO	23
D) FASES DEL ALCOHOLISMO	25
- PRE-ALCOHOLICA	25
- PRODROMICA	26
- CRITICA	28
- CRONICA	29
E) ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO	32
- MODELO ENFERMEDAD	32
- MODELO SOCIOLOGICO	36
- MODELO ECONOMICO	39
- MODELO FISIOLÓGICO Y/O GENETICO	43
- MODELO PSICOLOGICO	44
- MODELO EMPIRICO DEL COMPORTAMIENTO	46
F) FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INGESTA DE ALCOHOL	48
- FACTORES EMOCIONALES	48
- FACTORES SOCIALES	50
- FACTORES COGNITIVOS	53
- FACTORES SITUACIONALES	53
- FACTORES FISIOLÓGICOS Y/O BIOQUIMICOS	45
G) TRATAMIENTOS PARA EL BEBEDOR PROBLEMA	
APROXIMACIONES MODERNAS	55
APROXIMACIONES DE TRATAMIENTO ORIENTADAS A LA "ABSTINENCIA"	57

	PAG.
A. EL USO DE MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE BEBEDORES PROBLEMA.	57
B. TERAPIAS AVERSIVAS	64
C. HIPNOSIS	68
D. PSICOTERAPIA	69
E. OTRAS APROXIMACIONES	72
APROXIMACIONES DE TRATAMIENTO ORIENTADAS A LA "MODERACION"	78
A. ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL DE AUTO-CONTROL	86
B. ENTRENAMIENTO DE RELAJACION	1 1
C. ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES	105
D. ENTRENAMIENTO DE DISCRIMINACION DE LA CONCENTRACION DE ALCOHOL EN LA SANGRE	107
E. RETROALIMENTACION CON VIDEOTAPE.	113
F. TERAPIAS COGNITIVAS	115
G. APROXIMACIONES OPERANTES	116
H. ACCIONES PREVENTIVAS	119
FACTORES RELACIONADOS CON EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO	121
A. CANTIDAD DE TIEMPO DE TRATAMIENTO	122
B. TIPO DE TERAPEUTA	124
C. CRITERIOS PARA METAS DE ABSTINENCIA Vs. METAS DE MODERACION.	127

CAPITULO II

ANTECEDENTES DE LOS INSTRUMENTOS MAST, SAAST, BATALLA Y DEL CUAAL.

	PAG.
CAPITULO III	
METODOLOGIA	148
- TIPO DE INVESTIGACION	149
- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	149
- HIPOTESIS	150
- VARIABLES	151
- SUJETOS	151
- ESCENARIO	152
- INSTRUMENTOS	152
- PROCEDIMIENTO	153
CAPITULO IV	
RESULTADOS	154
CONCLUSIONES	157
LIMITACIONES	159
SUGERENCIAS	160
APENDICE	161
BIBLIOGRAFIA	178

JUSTIFICACION

El Psicólogo en nuestro medio que se dedica a la salud mental necesita un instrumento sencillo y confiable para detectar alcoholismo en forma temprana y por consiguiente como un hecho confirmado es mejor prevenir que lamentar, en otras palabras, con la prevención es posible anticiparse a la aparición y desarrollo del problema que tantas alteraciones puede originar al sujeto que es quien lo padece, y a la vez a su familia y sociedad en general, ya que los trastornos que pueden originar el alcoholismo, son múltiples.

El problema del alcoholismo a nivel social es cada día mayor y el psicólogo se ve enfrentado a la necesidad, no ya de solucionar, sino de detectar en forma confiable la presencia del alcoholismo en sujetos que beben, como una medida preventiva contra los resultados negativos hacia el individuo o familia y sociedad que de él se derivan, como los de mayor derrama económica negativa para el país, ya que deja inutilizados productivamente en forma eventual o permanente a miles de sujetos cada año.

Desafortunadamente, y a pesar de que el problema del alcoholismo en nuestro país es cada vez mayor y ampliamente conocido por la población debido a la difusión que se le ha dado a las bebidas alcohólicas, se encuentran pocos instrumentos psicológicos que nos permitan adoptar medidas preventivas.

Para el psicólogo este problema es grave, ya que al afrontar situaciones en las que tiene que ofrecer un diagnóstico de alcoholismo basado en los resultados de pruebas no tipificadas en nuestro país; ante estas circunstancias, muchas veces se pregunta sobre la eficacia de las pruebas psicológicas utilizadas para el diagnóstico del alcoholismo; dudando acerca de su validez para la detección de éste, ya que la mayoría de estas pruebas han sido elaboradas y estandarizadas fuera del país.

En otras palabras, completamente diferente a nosotros, y por lo tanto, sus resultados deberían ser tomados con reserva, por tal motivo se utilizó en esta investigación un instrumento estandarizado en nuestro país, en una población de provincia que puede ser útil en la detección de alcoholismo en forma temprana, esto es, antes de que los efectos de la ingestión de alcohol en forma consuetudinaria provoquen alteraciones orgánicas graves en el individuo, de manera tal que sus actividades productivas y familiares también se vean afectadas.

I N T R O D U C C I O N

I N T R O D U C C I O N

En el presente estudio de la detección precoz de alcoholismo con el instrumento CUAAL, en una población de provincia En el capítulo I se toma como Marco Teórico antecedentes de alcoholismo así como los antecedentes de la Asociación de Alcohólicos Anónimos, definiciones, clasificaciones, Fases, y la Etiología del alcoholismo y por último los factores principales que influyen en la ingesta de Alcohol.

En el capítulo II se da la información de los Instrumentos MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) SAAST (Self-Administered Alcoholism Screening Test), sobre la escala adicional del alcoholismo de (BATALLA) y del CUAAL.

En el capítulo III se habla de la Metodología utilizada tipo de investigación, planteamiento del problema, Hipótesis-variables, sujetos (90 en total), escenario, descripción del Instrumento, y el procedimiento en el capítulo IV se ven los Resultados valores de $P < 0.05$ fueron considerados Estadísticamente significativos. La puntuación obtenida con la fórmula t de Student en los grupos:

- Para el grupo activo 2.06
- Para el grupo del albergue 2.05
- Para el grupo al azar 2.05

Estos resultados quedan comprendidos entre el .5% y el 1 % de la prueba, lo que indica que la diferencia en el 5 %-

- c) Con los puntajes obtenidos se ve única y exclusivamente si el sujeto es o no sugestionable al Alcohó--
lismo sin profundizar si está o no en alguna fase de Alcohó--
lismo.
- d) Por lo expresado en el punto anterior este cuestiona--
rio debe ser o se recomienda antes de la Escala de -
Alcohó--lismo de "Batalla", la cual si detecta la fase
de Alcohó--lismo donde se encuentra el sujeto, que - -
puede ser en la pre-alcoholica, prodrómica, crítica--
o crónica. Por lo dicho anterior, se sugiere el - -
CUAAL, antes del cuestionario de Batalla hasta que -
se complemente el estudio del CUAAL y el mismo deter--
mine las fases del Alcohó--lismo.

Por último se presentan los apendices y la Bibliografía
utilizada para este estudio.

y el 1 % es significativa y que las tres y cada una de las - muestras fueron obtenidas de manera correcta de la misma población y no es debida al azar.

El instrumento fue capaz de detectar diferencias estadísticamente significativas del grupo activo con el del albergue y del grupo activo con el del azar.

Después se describen las conclusiones siendo lo más sobresaliente.

Que la Hipótesis conceptual se demostró, es decir los instrumentos (en este caso el CUAAL), si cumple su cometido, que es el de ser útil para detectar precozmente al alcoholismo en un lugar de provincia estudio que no se había realizado hasta ahora, se había realizado unicamente en instituciones hospitalarias con esto se va confirmando la eficacia del CUAAL en distintos escenarios.

Hubo diferencias significativas tanto en la comparación del grupo activo, con el grupo de albergue, como en la comparación del grupo activo con el grupo al azar; y al haber dichas diferencias, las hipótesis nulas fueron rechazadas; y de acuerdo a los resultados el CUAAL es un Instrumento sencillo, rápido, eficaz y confiable y:

- a) Puede aplicarse como cuestionario ó como entrevista.
- b) Su calificación es demasiado sencilla y rapida, un punto o cero a cada respuesta.

I.- MARCO TEORICO

A) ANTECEDENTES DEL ALCOHOLISMO Y DE LA ASOCIACION
DE ALCOHOLICOS ANONIMOS.

La ingestión de bebidas alcohólicas ha acompañado al hombre desde la más remota antigüedad y nuestro país no ha sido la excepción. Ya entre los pueblos pre-cortesianos se conocía la manera de elaborar el octli o pulque mediante la fermentación del aguamiel que se extrae de los magueyes. Esta bebida tuvo gran importancia en la vida de los aztecas, al grado de que en su mitología, existe una diosa productora de pulque - llamada Mayahuel, que "fue raptada del cielo por Quetzalcóatl habiendo hecho surgir de sus huesos los primeros magueyes que habían de ofrecer el pulque a los mexicanos". (Cabildo, 1965).

El templo dedicado a su culto recibió el nombre de Tezcatzonacatl y a él llegaban los aztecas para pedirle una abundante producción de aguamiel en los magueyes. La afición de los mexicanos a esta bebida tuvo consecuencias muy funestas, por lo que todo emperador azteca, al tomar posesión de su cargo, hacía hincapié en que el "octli o pulque es raíz y principio de todo mal y de toda perdición, porque este octli y esta borrachera es causada de discordia y disensión y desasosiegos de pueblos y reinos, es como un torbellino que todo lo revuelve y desbarata y que trae todos los males juntos". (Cabildo, 1965). Para combatir esta situación, se dictaron leyes muy rígidas en contra de los alcohólicos, al grado de que había pena de muerte para el individuo joven que fuera sorprendido en estado de ebriedad. Sólo bebían con prudencia "los ancianos, cuyas pasiones habían perdido la peligrosidad que el alcohol imprime a los actos de los jóvenes.

Durante los siglos posteriores a la Conquista, la población se desbordó en la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas, probablemente debido a la supresión de las leyes pre-cortesianas o bien como un mecanismo de huida de un pueblo viviendo las difíciles condiciones de la ignorancia y la opresión. (Cabildo, 1965).

Lo anterior refleja la preocupación que existía entre los integrantes del pueblo prehispánico sobre el alcoholismo, y es lógico que en la actualidad los especialistas en la materia, al observar el aumento del número de alcohólicos entre los enfermos que atienden, se pregunten cuál será la frecuencia y cuáles las características del alcoholismo en México, ya que necesitan tenerlo presente al tratar el padecimiento que motiva la consulta.

Tienen razón al interrogar a los sanitarios y en particular a los epidemiólogos, puesto que en casi todo el mundo, el alcoholismo es un problema creciente de salud pública y ha merecido, desde 1950, la atención de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los de salud mental.

Se ha definido al alcoholismo-enfermedad como: "La dependencia psicológica y fisiológica del alcohólico de controlar el principio y la terminación del consumo de este producto".- La OMS (43) amplió la definición para abarcar las variaciones regionales y sociales diciendo: "El alcoholismo es una enfermedad crónica o desorden de la conducta, caracterizada por la

ingestión repetida de bebidas alcohólicas en forma que, excediendo el consumo dietético acostumbrado o el de la adaptación corriente a las costumbres sociales de la comunidad, causa perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y a su actividad económica".

Hanlon, (1966) dice que: "...desde un punto de vista epidemiológico, el alcoholismo puede ser definido como una enfermedad adquirida, crónica, progresiva en la vida (adulta), caracterizada por la ingestión compulsiva de cantidades excesivas de alcohol que conduce en los estadios más avanzados de la enfermedad a ciertas secuelas de deterioro psicológico, social y físico".

Es evidente la dificultad para encontrar una buena definición de alcoholismo; aceptamos la de la OMS, ya que existe una ambivalencia general respecto al uso y al abuso del alcohol, con raíces históricas profundas, que acompañan el temprano descubrimiento del alcohol y de sus efectos placenteros, así como sus consecuencias perjudiciales. Hoy seguimos oscilando entre el rechazo del individuo alcoholizado o del alcohólico y la aceptación social de las bebidas y oficialmente la inclusión fiscal de los grandes ingresos obtenidos por la fabricación, el anuncio persistente, la distribución amplia y la venta profunda de las bebidas alcohólicas. (Bustamante, 1980).

Quien le da al alcohólico posibilidad de recuperarse, es A.A.

Alcohólicos Anónimos empezó en 1935 en Akron, Ohio, como consecuencia de una reunión entre un bien conocido cirujano y un corredor de Bolsa de Nueva York., ambos eran casos de grave alcoholismo y estaban destinados a convertirse en los co-fundadores de A.A.

Los principios básicos de A.A., tal como hoy se conocen, fueron tomados principalmente de los campos de la religión y de la medicina, aunque algunas ideas de las cuales dependió finalmente el éxito, fueron el resultado de tomar nota del comportamiento y las necesidades de la misma fraternidad.

Después de tres años de pruebas y errores en la búsqueda de conceptos básicos para el funcionamiento de la sociedad, y después de una gran cantidad de fracasos para lograr que los alcohólicos se recuperaran surgieron tres grupos que tuvieron éxito: el primero en Akron, el segundo en Nueva York, y el tercero en Cleveland. Inclusive, entonces fue difícil encontrar cuarenta alcohólicos con una recuperación segura, en el conjunto de tres grupos.

No obstante, la incipiente sociedad determinó poner por escrito su experiencia en un libro que finalmente estuvo a disposición del público en abril de 1939. Por entonces los que se consideraron recuperados sumaban alrededor de un centenar. El libro fue llamado "Alcohólicos Anónimos", y de él se

tomó el nombre de la fraternidad. En él fué descrito el alcoholismo desde el punto de vista alcohólico, los principios espirituales se estructuraron por primera vez en los Doce Pasos que se hicieron claramente aplicables al dilema del alcohólico, el resto del libro estuvo dedicado a 30 historias en que los alcohólicos describieron sus experiencias de bebedores y sus recuperaciones.

Esto estableció una identificación con los lectores alcohólicos y les probó que lo virtualmente imposible había llegado a ser realizable. El libro "Alcohólicos Anónimos", se convirtió en el texto básico de la fraternidad, y lo es todavía.

Con la publicación del libro "Alcohólicos Anónimos", en 1939, finalizó el período de iniciación y se estableció una prodigiosa reacción en cadena conforme los alcohólicos recuperados llevaron su mensaje a otros más.

En los años siguientes, cientos de millares de alcohólicos se unieron a los grupos de A.A., en gran parte como resultado de la excelente y continua publicidad gratuita dada por las revistas y periódicos de todo el mundo. Tanto los clérigos como los doctores coincidieron en favorecer el nuevo movimiento, dándoles apoyo y respaldo decidido.

Esta asombrosa expansión ocasionó muy serios dolores de crecimiento. Se había probado que los alcohólicos podían recuperarse, pero de ninguna manera estaba asegurado que ese -

gran número de personas todavía erráticas pudieran vivir y trabajar juntos con armonía y buenos resultados.

Por otra parte, surgieron amenazadores interrogantes sobre los requisitos para ser miembros, las relaciones personales, las relaciones públicas, el manejo de los grupos, los clubes, y veintenas de incertidumbres más.

De toda esta vasta confusión de explosivas experiencias, tomaron forma las Doce Tradiciones de A.A., que se publicaron por primera vez en 1946, y fueron posteriormente confirmadas en la Primera Convención Internacional de A.A., efectuada en 1950 en Cleveland.

Al entrar ahora A.A., en su madurez, según la opinión de sus amigos, esto no es más que el comienzo de su valioso servicio, único en su especie. (Bill W. y Colaboradores, 1986).

Alcohólicos Anónimos es una fraternidad mundial de más de cien mil alcohólicos, hombres y mujeres que se han agrupado para resolver sus problemas comunes y ayudar a sus compañeros que sufren a recuperarse de esa enfermedad antigua y desconcertante: "El Alcoholismo".

En 1983 se calcula que más de un millón de alcohólicos se han recuperado por medio de A.A.

Los doce pasos de A.A., son un conjunto de principios, de naturaleza espiritual, que, si se practican como una forma de vida, pueden liberar al enfermo de las obsesiones por beber y prepararlo para ser útil y feliz.

DEFINICIONES
DE
ALCOHOLISMO

B). DEFINICIONES DE ALCOHOLISMO.

El alcohol es un compuesto químico orgánico, que contiene oxígeno. El alcohol etílico (C_2H_5OH) es el principio fisiológicamente activo contenido en los vinos, licores, etc.

El término alcohol deriva del árabe Kubl, Koh'l, "polvo fino", por eso alcohol se usaba en convenciones sobre cosmética. Fue Paracelso, ya en el siglo XVI, quien habla de "la parte sutil de cualquier cosa", y de "alcohol vini" como precisamente la parte más sutil del vino.

Desde la cerveza que contiene hasta 5% de alcohol, los vinos de 10 a 14% y los licores que se extiende de 30, 40 y hasta 60%, todas las bebidas alcohólicas son susceptibles de conducir a la adicción y a diferentes formas de intoxicación grave. (Pérez, 1974).

Cualquier enfermedad, lleva consigo graves consecuencias como ocurre con el alcoholismo, y como enfermedad, es insoslayable medirlo, por medio de técnicas refinadas. También, se debe tener en cuenta su historia, evolución en el tiempo y en el medio social. Se hace necesario definir las características que permiten identificarlo, las circunstancias en que se origina, las formas en que se desarrolla y la frecuencia e intensidad del mismo. Los intentos que se han llevado a cabo para definir el alcoholismo, no han sido muy exitosos, y las conclusiones que hasta el momento se han proporcionado acerca del tema, fluctúan a través de toda una gama de consideracio-

nes desde las observaciones causales de la ley hasta los resultados de las deliberaciones de los científicos.

Existen definiciones de tipo fenomenológicas, descriptivas del acto mismo, así se ha sugerido que el alcoholismo es "toda forma de tomar que va más allá del tradicional y convencional uso alimenticio o de lo que es comunmente aceptado como costumbre social en toda la comunidad y que interfiere con la salud o funcionamiento social y económico" (5) Sin tomar en cuenta los factores etiológicos que producen tal conducta, así como el origen de los mismos respecto de la herencia, la constitución física o las influencias fisiopatológicas o metabólicas adquiridas." (5)

Un ejemplo de definición, en la que se une tanto la causa y efecto del alcoholismo, así como una apreciación social, es la que nos da el Dr. Synder "EL alcoholismo es un desorden secundario, resultante de la interacción de factores dinámicos de la personalidad, de las orientaciones normativas respecto del consumo de bebidas y de los factores alternativos de adaptación". (5)

Jellinek define el alcoholismo como "cualquier uso de bebidas alcohólicas que cause cualquier tipo de daño, tanto al individuo como a la sociedad". (38)

Expresó que "los alcohólicos eran aquellas personas que bebían con exceso, que dependían del alcohol al grado de provocar un trastorno mental evidente o de interferir con su sa-

lud física y mental, sus relaciones interpersonales y su buena conducta social y económica, y que por lo tanto, requerían tratamiento".

En el criterio psicológico del alcoholismo algunos autores difieren en sus aceptaciones. Por ejemplo Jackson Smith, dice que el "alcohólico es el individuo que a causa de la bebida afronta obvios problemas físicos, sociales, matrimoniales o profesionales y que bebe aún más para intentar superar dichas dificultades". (5)

Como puede verse, es un claro ejemplo de definición psicológica que parte de los efectos para definir el fenómeno.

Siguiendo el punto de vista psicológico, es más correcta la definición que considera que el alcoholismo "es una neurosis" caracterizada por el uso compulsivo del alcohol en forma repetitiva, para satisfacción de necesidades básicas de la personalidad y progresivamente este se vuelve un sustituto de otras formas más realistas y socialmente integradas de satisfacer estas necesidades". (5)

Tomando en cuenta las causas psicodinámicas que originan dicho fenómeno: "Que el alcoholismo no es un estado psicopatológico primario, sino un modo elemental de organización de la personalidad-instinto-afectivo que conduce a la persona a sentir un aumento de placer o disminución de dolor por medio del uso del alcohol, logrando con ésto satisfacciones profundas, progresivas y neuróticas y por tanto se es un sujeto inmadu-

ro". (5)

El criterio psicológico hace alusión a la dependencia - que el individuo desarrolla hacia el alcohol, así como los - trastornos mentales u orgánicos manifestados por la ingestión repetida de éste. De tal manera que el hábito viene a ser com pulsivo, una vez que se empieza a tomar no se puede parar has ta que el medio lo detenga o bien que la intoxicación alcohó lica haya llegado a tal punto que el sujeto esté completamen- te anestesiado.

Algunos clínicos señalan que en ciertos casos la patolo- gía del alcoholismo, puede relacionarse con las condiciones - psiquiátricas de la neurosis de angustia, la psicosis maniaco depresiva y/o el suicidio, en estos casos la bebida no es evi dentemente el problema principal y es posible que termine - - cuando la enfermedad de la que es síntoma desaparezca.

En este sentido coinciden con Synder, al estimularlo co- mo desorden secundario y por lo tanto es la manifestación o - resultante de otras causas, que en última instancia varían de acuerdo con la personalidad de cada individuo.

Hoff considera que sólo se puede hablar de alcoholismo - cuando se dan las siguientes condiciones:

1. Pérdida del control al ingerir alcohol.
2. La existencia de un daño funcional o estructural. Este da- ño puede ser fisiológico, psicológico, familiar, económico social o bien frecuentemente una combinación de varios de- estos. Es presumible, que este daño sea causado por los -

efectos tóxicos del alcohol y que actúan directa o indirectamente sobre persona que lo ingiere.

3. Que el sujeto alcohólico utilice la bebida para tratar de satisfacer necesidades anormales. (5)

En las definiciones anteriores se observa que destacan - la interferencia del alcohol en la salud física y mental y - también mencionan "la condición caracterizada por un incontro^lable y compulsivo deseo de beber". El Dr. Lovell subraya con ella la importancia del "beber compulsivo sobre cualquier - - otra característica que se manifiesta en el alcohólico, como - en aspecto fundamentalmente puede determinar la enfermedad. (5)

existen diversas definiciones de alcoholismo y analizándolas observamos que existen tres elementos fundamentales que todos reconocen al tratar de concluir sobre el problema del - alcoholismo. Ya sea que se le acentue un aspecto, o se le de mayor énfasis a otro, no cabe duda que intervienen factores - fisiológicos, psicológicos y sociales que abarcan diferentes - niveles de interacción.

Según la orientación de quién determine, cobrará mayor - peso uno de los tres elementos, pero estos se encuentran presentes. En este sentido se considera la definición propuesta - por el Dr. Mark Keller del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers y editor del *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. Esta definición se incluyó en la - Enciclopedia Americana (Keller 1960). (5)

"El alcoholismo es una enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicosomático, que se manifiesta como un desorden de la conducta y se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede a lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo". (5)

La definición señala que el alcoholismo es una enfermedad; ya que ésta se define como: "Enfermedad: una condición en la cual la salud corporal está seriamente trastornada; una forma particular de esa condición un padecimiento específico que tiene causas y síntomas particulares que impiden el éxito de las funciones vitales; un trastorno o desorden de la mente".

"Enfermedad: una entidad específica que es la suma total de las expresiones de uno o más procesos patológicos; la falla de los mecanismos adaptativos para responder adecuadamente a los stress con el consiguiente trastorno de las funciones orgánicas".

"Enfermedad: Una condición de anormalidad especialmente como consecuencia de una infección, deficiencias constitucionales o acciones patogénica del medio, que impiden el funcionamiento normal del organismo".

En español enfermedad derivada de "enfermo" término que descende del latín *semiculto* "infirmus", "debil, endeble, --

impotente" (J. Carominas, Diccionario Crítico Etimológico - de la Lengua Castellana de Editorial Gredos, Madrid). En inglés dice se (enfermedad) procede de un vocablo del francés antiguo que significa "sin Confor" o "malestar". Todos estos términos, en su significado linguístico, son aplicables al alcoholismo si recordamos la definición de Keller.

Así pues, si el alcoholismo puede ser calificado como una verdadera enfermedad depende de que los síntomas y signos a los que comunmente de lugar sean suficientes para describir una entidad específica.

La historia, los síntomas y los signos asociados al alcoholismo son en gran medida aquello que dependen del uso prolongado y excesivo de un psicofármaco sedante: desorganización del carácter, disminución de la capacidad de concentración y atención, temblores, insomnios, síntomas somáticos recurrentes (especialmente cefalea, disfunción, vesical, espasmo muscular, fatiga palpitaciones), disminución del umbral para desarrollar convulsiones, eventualmente tolerancia*, episodios amnésicos, alucinaciones y delirios (Gitlow, 1973). La naturaleza progresiva de este deterioro es un fenómeno concomitante así universal de tal manera que la historia natural del trastorno, los síntomas y los signos conforman un modelo-

* Tolerancia es el progresivo incremento de la resistencia a los efectos de una droga, de tal manera que el sujeto tiene que ingerir cada vez mayores dosis para obtener los efectos separados. En el alcoholismo se presenta en las etapas iniciales, pero esta situación se invierte después.

reconocible. La etiología del alcoholismo es muy complejo y - por tanto dependiente de factores diversos, también es verdad que otras enfermedades, indiscutiblemente reconocidas como ta les tienen un origen aún no bien conocido (el cáncer, la es- quizofrenia y otra muchas).

Se establece claramente que se trata de un padecimiento de carácter crónico. La cronicidad es un elemento esencial - del concepto del alcoholismo, de tal manera que éste no debe confundirse más con el estado agudo de intoxicación alcohólica ("etilismo agudo", se dice aún). Un individuo que sufre la intoxicación por el alcohol puede ser un alcohólico, pero no necesariamente lo es; y por otra parte, un verdadero alcohóli co ("crónico", por lo tanto), puede no tener episodios de intoxicación aguda severa con ebriedad fácilmente reconocible.

Está explícito que es una característica esencial la ingestión repetida y excesiva de alcohol, pese a la desaprobación general y al daño que produce en el individuo. Implicita mente, se está aceptando que el alcoholismo es una farmacodependencia ya que se expresa la incapacidad del alcohólico de alejarse de la droga, aún cuando por la experiencia diaria - compruebe que su conducta lo lleve hacia la ruina total. Pero este asunto de la inclusión del alcoholismo en las farmacodependencia ha sido muy debatido y merece que le dediquemos - - unos párrafos.

La Organización Mundial de la Salud dió a conocer en ---

1974 un extenso reporte producido por su Comité sobre Farmacoddependencia, en el que se incluía está definición que ha sido aceptada por todos "La Farmacoddependencia es un estado psíquico y a veces también físico, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga, caracterizado por respues-tas conductuales y de otro tipo que denotan una compulsión a tomar la droga en forma continua o periódica, con la finali-dad de experimentar sus efectos psíquicos, o bien para evitar el disconfor que produce el abstenerse de tomarla". Respecto a las causas, se acepta que influyen diversos factores y que para comprender la naturaleza de la dependencia es preciso conocer la interacción farmacológica entre el individuo y su medio. No es difícil comprobar que todo esto es aplicable al caso del alcoholismo, según el concepto que estamos analizando; aún más, si revisamos las hipótesis que manejan en torno a las farmacodependencias para explicar la etiología.

- Un desorden de carácter subyacente, que induce a la gratificación inmediata, a despecho de las consecuencias adversas a largo plazo.
- Un intento de "automedicación" para remediar el malestar psíquico o físico, o para "aumentar" las capacidades personales.
- un medio de alcanzar aceptación social.
- Parte de una rebelión personal contra valores sociales.
- Un resultado de las presiones socioculturales.

El reconocimiento de que el alcoholismo es una farmacodependencia queda explícito en algunas definiciones. LA OMS, - por ejemplo, en 1971 definía a los sujetos alcohólicos como a aquellos bebedores excesivos"... cuya dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado que produce ya un disturbio psíquico o la interferencia con su salud física o mental..." (OMS 1971). El propio Keller incluyó entre sus diferentes aproximaciones al concepto la siguiente definición..." el alcoholismo es una dependencia aprendida (o condicionada) del alcohol que irresistiblemente conduce a la ingestión cuando ocurre un estímulo crítico interno o ambiental..." (Keller y Mc Cormick, - - 1968).

Finalmente vemos lo que dice en un extraordinario documento (cuya lectura se recomienda con amplitud) publicado por la Organización Mundial de la Salud" "Quedan muy pocas dudas de que científicamente la designación más adecuada de la condición básica del asunto en discusión (el alcoholismo), es el de dependencia del alcohol"... "La solución más sencilla es - la de usar la palabra alcoholismo como sinónimo de "dependencia del alcohol" como lo hace el Committee of the National - - Council on Alcoholism (CNA) en los Estados Unidos de América: El comité fue unánime al definir la enfermedad llamada alcoholismo, como una dependencia patológica del alcohol..." (OMS - 1977).

* El documento de referencia es: Alcohol Related Disabilities.

La definición señala también la necesidad de que exista un daño físico, mental o social, como condición para llamar -alcohólico a un individuo. Esto se liga naturalmetne con la -cronicidad del trastorno y creemos que no necesita mayor co--mentario. La última frase de la definición de Keller se refiere al daño o deterioro que en forma característica ocurre en-todo bebedor crónico. (5)

CLASIFICACIONES

La clasificación "Jellinek", denominación que corresponde al apellido del notable investigador noretamericano Emanuel Jellinek, fue modificada desde un seminario latinoamericano efectuado en Chile en el año de 1960, en donde el tema central fue justamente el alcoholismo. De acuerdo con esas innovaciones surge la siguiente clasificación para América Latina.

- 1.- Abstinencia de alcohol. Es la ausencia absoluta del consumo de alcohol o su consumo en cantidades moderadas, no superiores a cinco oportunidades en el año, y en ocasiones excepcionales.
- 2.- Consumo moderado de alcohol. Consiste en consumo habitual menor a 100 ml. de alcohol absoluto por día, y/o la presencia de menos de dos estados de embriaguez al año.
- 3.- Consumo excesivo de alcohol. Se caracteriza por el consumo habitual (más de tres días a la semana), a causa de la dependencia psicopatológica o sociocultural de más de 100 ml. de alcohol absoluto, (o lo que es lo mismo, más de un litro de vino, más de dos litros de cerveza, más de un cuarto de litro de bebidas tales como cognac, whisky, tequila, ron, vodka, etc.), al día, o en caso análogo, la presencia de doce o más estados de embriaguez al año.

4.- Consumo patológico o alcoholismo. Es una enfermedad caracterizada por la presencia regular de dependencia al etanol, siendo su índole de tipo socio-cultural, psicopatológica o física, Esta dependencia se manifiesta como una tendencia inmodificable a la ingestión alcohólica, contra la cual el paciente se encuentra poco menos que indefenso.(Sánchez, 1974).

D). FASES DEL ALCOHOLISMO

El doctor E.M. Jellinek, que en vida formó parte de la Organización Mundial de la Salud, y al que se sigue estimando como una de las más insignes autoridades en materia de alcoholismo; a él se deben las investigaciones -llevadas a cabo con más de dos mil alcohólicos cuyos resultados ilustran las llamadas cuatro fases del alcoholismo:

- A.- Fase pre-alcohólica.
- B.- Fase prodrómica.
- C.- Fase crítica, y
- D.- Fase crónica.

Cada una de estas "fases" está dividida en subfases, siete de la fase prodrómica, veintitres de la fase crucial o crítica y quince de la fase crónica.

A-. FASE PRE-ALCOHOLICA

Cuando el individuo se inicia en la ingestión de alcohol no sabe, ni él mismo, que será alcohólico; según Alcohólicos Anónimos de estudios recientes (1976), se ha revelado que el 4% de la población está en alguna etapa del alcoholismo, sin embargo, esto no prueba que el individuo nace alcohólico. Siguiendo el curso de la observación Alcohólicos Anónimos sabemos que de cien bebedores corrientes, cinco se tornarán alcohólicos crónicos.

El primer contacto del futuro enfermo con el alcohol es el consumo ocasional de alivio, o sea, una afición en que directamente se considera a las bebidas embriagantes como una droga tranquilizadora, el aficionado bebe regular cantidad y va a su hogar a descansar tranquilamente, sin causar molestias, es un camino cómodo descubierto por él para vivir feliz. Sin embargo, el uso constante del alcohol va modificando el metabolismo químico del organismo y sube la tolerancia para él mismo, o sea, que el bebedor cada día acepta mayores cantidades de licor y siente el mismo efecto que tiempo atrás le hacía una sola copita; en este estado cuando ve a un "borracho" debil, se extraña que él necesite mayor cantidad de licor para llegar a la embriaguez, está convencido de que cada día "aprende a beber".

B.- FASE PRODROMICA

Esta fase es puramente sintomática y marca el inicio de la carrera alcohólica; las subfases son:

- 1.- Palimpsestos o amnesia alcohólica
- 2.- Beber subrepticidamente
- 3.- Preocupacion por el alcohol
- 4.- Beber con avidez
- 5.- Sentimiento de culpa por la manera de beber
- 6.- Evita hablar de alcohol en sus conversaciones
- 7.- Aumento en la frecuencia de los palimpsestos o lagu-

nas mentales;

En esta fase prodrómica la compulsión aún no se ha desarrollado mucho, y es factible que el enfermo pueda ser encausado a través de una campaña preventiva contra el alcoholismo.

En los Estados Unidos de Norteamérica se hace una intensiva divulgación de los síntomas prodrómicos del alcoholismo entre la juventud y se ha observado la afluencia de muchos jóvenes a las clínicas psicológicas o a los grupos de A.A.

El joven que a estas alturas comprende que es Alcohólico, entiende que no beberá más porque el alcohol, que para las otras personas es un vehículo de relación social, para él es un veneno, que despierta en su organismo la compulsión física por ingerirlo y la obsesión mental por seguirlo tomando.

La fase prodrómica puede durar de seis meses a cinco años, según la constitución física y la preparación cultural de su poseedor, las relaciones sociales, la personalidad ética del enfermo contribuyen a que se alargue esta fase, sin embargo, se han visto infinidad de casos, en los que el enfermo no pasa por la fase prodrómica, sino que desde la primera vez que prueba el alcohol entra en la fase crítica; estos casos indudablemente no ofrecen ninguna "defensa física", al desarrollo de la enfermedad y entran de lleno al "calvario alcohólico".

C.- FASE CRITICA

En esta fase se desarrolla la enfermedad propiamente dicha, en la cual, una vez que cae el alcohólico sigue su curso hasta llegar a su destrucción; se inicia con la necesidad de beber más de una copa.

- 8.- Pérdida del control (desenfrenos, agresividad, etc.)
- 9.- Razona su comportamiento de bebedor.
- 10.- Trata de neutralizar las presiones sociales.
- 11.- Ilusión de grandeza (comportamiento fanfarrón).
- 12.- Conducta marcadamente agresiva.
- 13.- Remordimientos persistentes.
- 14.- Períodos de abstinencia completa.
- 15.- Modifica sus hábitos de beber
- 16.- Alejamiento de los amigos.
- 17.- Renuncia de los empleos.
- 18.- La bebida llega a ser el centro de sus actividades.
- 19.- Pérdida de los intereses externos.
- 20.- Nueva interpretación de sus relaciones interpersonales.
- 21.- Compasión de sí mismo (actitud de martir).
- 22.- Fuga geográfica (esconderse, fugarse, perderse).
- 23.- Cambio en las costumbres familiares.
- 24.- Resentimientos irrazonables.
- 25.- Protección de su abastecimiento de alcohol.

- 26.- Descuido de su propia alimentación.
- 27.- Primera hospitalización.
- 28.- Disminución del apetito sexual.
- 29.- Celos de los alcohólicos.
- 30.- Beber en ayunas todos los días.

Esta subfase, señala el final de la fase crítica y es el preludeo de la fase crónica.

Este período de la alcoholomanía puede ser corto o largo de acuerdo con la constitución física del enfermo o el grado de cultura o formación ética; el trata por todos los medios posibles por no llegar a la ruina y se sobrepone por cortos períodos a car en el desprestigio social, no obstante su lucha, sus resistencias sucumben ente la compulsión física y la obsesión mental por la bebida, y la enfermedad sigue su marcha.

D.- FASE CRONICA

Con la bebida regular matutina va adquiriendo la necesidad cada vez más de alcohol para calmar sus tensiones emocionales y va necesitando constantemente su auxilio como droga, el "habito necesidad", se vuelve constante y estamos ya en la fase crónica, o sea, la bebedera continua, sin poder interrumpir aquella carrera por su propia inercia.

- 31.- Período de embriaguez prolongada.

- 32.- Marcado deterioro moral.
- 33.- Disminución de las capacidades mentales.
- 34.- Psicosis alcohólica (el delirium tremens, psicosis de korsakof, paranoia alcohólica, psicosis depresiva; psicosis maniaco-depresiva, pseudo parálisis -- alcohólica, psicosis delirante crónica).
- 35.- Bebe con personas socialmente inferiores, llegando a degeneraciones y perversiones inigualables.
- 36.- Consumo de productos industriales.
- 37.- Disminución de la tolerancia para el alcohol.
- 38.- Temores indefinibles.
- 39.- Temblores persistentes.
- 40.- Inhibición psicomotora (el funcionamiento del sistema nervioso va decayendo, si quisiera trabajar no puede).
- 41.- La ingestión del alcohol toma un carácter obsesivo (el alcohol se ha apoderado de la mente del enfermo no puede prescindir del alcohol ni un momento).
- 42.- Vagas aspiraciones religiosas.
- 43.- Todo el sistema racionalista se quebranta.
- 44.- Hospitalización definitiva.
- 45.- Pérdida de la vida.

Finalmente el alcohólico le espera la muerte, en un hospital de enfermedades mentales, por accidente debido a los peligros que se expone o va a un centro de readaptación social,

por algún delito cometido bajo los efectos de embriaguez.

Lo anterior describe perfectamente las fases del alcoholismo, y permite observar el deterioro gradual, que va presentando el paciente, y que se puede evitar cuando existe una detección temprana, que facilite la identificación oportuna, el problema incipiente y que permita la intervención oportuna, - ya sea mediante psicoterapia, o bien la canalización del paciente a alcohólicos Anónimos.

ETIOLOGIA

E). ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

Los factores etiológicos del alcoholismo son extremadamente complicados. A pesar de que la especulación en el campo del alcoholismo abunda, todavía no han sido claramente delimitados. Actualmente se sabe que el alcoholismo parece ser un fenómeno complicado relacionado a varios factores sociales, fisiológicos y psicológicos.

A pesar de los escasos datos que se tienen de la etiología, numerosos modelos teóricos han sido propuestos para explicar el fenómeno del alcoholismo. A continuación se mencionarán brevemente algunos de estos modelos, como son el de enfermedad; Sociológico; Económico; Fisiológico y/o Genético; Psicológico y el Empírico de comportamiento.

MODELO DE ENFERMEDAD:

El modelo de enfermedad ve al abuso del alcohol como un desorden progresivo e irreversible.

Como inicialmente propuso Jellinek (1960), el concepto se aplica a aquellos individuos que muestran una "falta de control" en su forma de beber (pérdida de control de la ingesta). La interpretación tradicional de este modelo, en cuanto se refiere al tratamiento, es que una vez alcohólico siempre se es alcohólico. Es por eso que los miembros de Alcohólicos

Anónimos, quienes generalmente no beben, son vistos como alcohólicos restablecidos, a pesar de que probablemente ellos han estado sobrios por 10 o 20 años. Esta "pérdida de control" evidenciada por un irresistible deseo vehemente o urgencia, -- conduce a un beber continuo hasta el punto de intoxicarse después de beber una copa.

Este modelo originalmente fue propuesto con el fin de -- cambiar el status de alcoholismo visto como un acto inmoral, pecaminoso. Parece que esta finalidad ha sido alcanzada parcialmente por lo menos. Parece ser que los alcohólicos han sido enseñados con este concepto de enfermedad, a aceptar más satisfactoriamente su problema que el público en general.

Actualmente, un número de investigadores están cuestionando la utilidad de este modelo. Parte del problema resulta del significado exacto de enfermedad, ya que, hasta la fecha no han sido especificados los factores etiológicos para demostrar como patología el abuso del alcohol.

En este respecto, el término enfermedad puede mal interpretarse con frecuencia y terapéuticamente contraproductivo a menudo.

Terapéuticamente, la utilidad de "pérdida de control", o el concepto de enfermedad, es altamente polémico. Alcohólicos anónimos consideran esta noción como la central para mantener la sobriedad de sus miembros. Hay, de cualquier manera, va-

rios elementos contraterapéuticos en esta concepción, que han sido señalados por varios autores (Robinson, 1972; Sobell y Sobell, 1974). Clínicamente el concepto de enfermedad tiende a tomar la carga de la responsabilidad para el cambio del alcohólico. De esto se desprende que los alcohólicos con frecuencia creen que ya sea la desintoxicación y/o el tratamiento médico, curarán el alcoholismo. De hecho, el concepto de enfermedad lega la responsabilidad de tratar el abuso del alcohol al médico. Como Robinson (1972) señala, la profesión médica está poco preparada para tratar este problema, hasta el punto de no quererlo hacer o estar incapacitado para reconocer su existencia.

El mito de "pérdida de control" prevee frecuentemente al alcohólico de una racionalización para continuar bebiendo hasta el punto de intoxicarse después de haber bebido una o dos copas. Por lo que se le dice al individuo que no tiene resistencia para continuar bebiendo después de una copa.

A un alcohólico restablecido a menudo no se le dá crédito de que pueda volver a tomar una o dos copas y después vuelva a estar sobrio.

Los argumentos que consideran los pro y contras de la hipótesis de "pérdida de control" pueden continuar indefinidamente sin resolución. Los efectos más productivos de esta controversia han sido la proliferación de esfuerzos para comprobar la validez de éstos.

Las búsquedas disponibles no apoyan la noción de Pérdida de Control, como se desprenden de las investigaciones realizadas por Merry, 1966; Williams, 1970; Cutter, Scwab y Nathan, 1970; McNamee, Mello y Mendelson, 1968; Mello 1972; Nathan y Obrien, 1971; Gottheil, Corbett, Grasberger y Cornelison, - - 1972. Posiblemente la prueba experimental más convincente fue reportada por Marlatt, Demming y Reid (1973), donde los autores relacionan sus resultados con la importancia de variables cognitivas en la "pérdida de control".

Ciertamente se necesitan más estudios, particularmente - los que examinen la conducta de beber del alcohólico por un período de tiempo extenso. Probablemente, como Keller (1972), propone, el deseo vehemente de beber o la pérdida de control, no aparece hasta que cierto nivel de concentración de alcohol en la sangre es alcanzado. En este sentido, el deseo vehemente (si este fenómeno es válido), puede ser una respuesta al - estímulo aversivo fisiológico asociado con el decremento del - nivel de alcohol en la sangre. De cualquier manera, factores - complejos sociales, fisiológicos y psicológicos, pueden estar incluidos.

Por lo anterior, no es inteligente tomar firmemente este modelo de enfermedad, cuando no se tienen evidencias para apoyarlo, sino que al contrario lo refutan numerosos reportes.

MODELO SOCIOLOGICO.

Sahalan, Cisin y Crossley (1969) y Cahalan y Room (1974) señalaron un número de variables demográficas relacionadas -- con el uso y abuso de bebidas alcohólicas.

Generalmente, las tasas altas de abuso están asociadas - con niveles socioeconómicos bajos, urbanización, historias de hogares destrozados. Los antecedentes étnicos están también - relacionados con la forma de beber, como por ejemplo, en países como Irlanda, U.S.A., tienen altas tasas de alcoholismo, - mientras otros países como Israel tienen bajas.

Miller y Eisler (1974) describen tres principales factores relacionados con el abuso del alcohol, ya sea en grupos - sociales o grandes culturas. Estos incluyen la disponibilidad de la droga, el contexto en que ésta es usada y las sanciones impuestas al abuso de ésta. Siendo una droga legal el alcohol es fácilmente obtenido en nuestra sociedad y la totalidad de - los métodos coercitivos con los que la sociedad ha tratado -- de resolver el problema repetidamente han mostrado tener una - mínima influencia en el cambio del comportamiento (Skinner, - 1971).

Además sanciones de esta naturaleza, que no son acepta-- das por gran parte de la sociedad, pueden reforzar el consumo del alcohol, ya que éste empieza a ser una "aventura peligrosa".

Muchos grupos sociales establecen contextos específicos para el uso del alcohol y sanciones para el abuso. Estas formas de comportamiento son informalmente transmitidas en una cultura a través del proceso de socialización. Se tiende a abusar menos del alcohol cuando las normas para el uso de éste son definidas estrechamente (para aperitivo, cuestiones religiosas, etc.), y cuando el castigo social para el abuso es estricto.

También hay evidencia para apoyar la noción de que los patrones de beber con abuso son transmitidos dentro de un grupo familiar por el rol o papel del modelamiento social (Bandura, 1969).

The criteria Committee of the National Council on Alcoholism (1972) reporta que los alcohólicos con mayor frecuencia provienen de familias en las que: a) uno o ambos padres fueron alcohólicos; b) de familias totalmente abstinentes del alcohol (las razones de ésto probablemente están relacionadas con el hecho de que ningún grupo de niños fue puesto a modelos apropiados para beber socialmente).

Existe alrededor de las bebidas alcohólicas toda una cultura que conforma las costumbres del consumo y el tipo de bebidas que se consume, así como los lugares y modos de la ingesta. Estas costumbres están relacionadas con las creencias y los valores de la sociedad. Es indiscutible que cada sociedad

impone sus reglas de ingestión, determinando las actitudes y conductas que son legítimas y las que no lo son.

Si partimos de la base de que existe una cultura en torno a las bebidas alcohólicas, podríamos entonces señalar que la ingesta de alcohol está vinculada a conductas que se aprenden en el grupo social y que se manifiestan cuando llega el momento.

Lo anterior se apoya en estudios como el reportado por Velasco (1981), él destaca que existen varias características respecto al consumo de bebidas alcohólicas en sociedades que se caracterizan por contar con un número menor de alcohólicos y en las cuales prevalece un fuerte influjo cultural, la ingestión de bebidas alcohólicas por parte de los menores se da siempre dentro del grupo familiar; el contenido alcohólico de estas bebidas es bajo y las mismas se consideran como parte del alimento, consumiéndose durante las comidas. Los padres de estos niños, por regla general, son consumidores moderados y es evidente que con frecuencia existe un acuerdo completo en cuanto a lo que puede llamarse la "reglas del juego en el beber".

Además de estos estudios de sociedades que fomentan una conducta favorable en lo referente al consumo, existen otros como el del Bales (cit. en Velasco) que señala las diversas formas en que la organización social influye en la magnitud

del problema, como por ejemplo: una sociedad que produce tensiones internas agudas como la culpabilidad, la agresión contenida y los conflictos sociales y cuya actitud hacia el alcohol es la de aceptarlo utilitariamente como un reductor de tales tensiones, siempre desarrolla con mayor intensidad el problema del alcoholismo.

Otro elemento fundamental en el fomento del consumo del alcohol inadecuado es la permisibilidad y accesibilidad que existe alrededor del alcohol.

En un estudio realizado por la O.M.S. (1980) nos describe que en ciertos países en donde el uso del alcohol ha sido tradicional, nuevos segmentos de la población, principalmente mujeres y los jóvenes, se han venido involucrando cada vez más en el uso y el abuso de bebidas alcohólicas. En algunos de estos países los hábitos tradicionales de consumo moderado de alcohol han cedido lugar a nuevos hábitos que generalmente acarrearán mayores problemas, como el empleo de bebidas con mayor contenido alcohólico, el aumento del consumo y la aparición de costumbres más independientes de las restricciones tradicionales.

MODELO ECONOMICO.

Los señalamientos anteriores los podemos apoyar a partir de los resultados que arrojan algunos estudios sobre la pro--

ducción de bebidas, las distribución de las mismas y las preferencias en el consumo por parte de la población.

La producción y consumo per cápita de bebidas alcohólicas en poblaciones enteras han venido aumentando en la mayor parte del mundo durante los últimos 20 años. Por ejemplo entre 1960 y 1972 la producción registrada de vino aumentó 19%, la cerveza 68% y las bebidas destiladas 61% (O.M.S. 1980).

En México, cada minuto se producen 4,885 litros de cerveza. En 1979, se fabricaron 2,565 millones 562,200 litros de cerveza, que permitieron clasificar a esta industria como la más fuerte después de la automotriz siderúrgica. Se ha calculado que esta industria valía antes de la crisis económica -- 24 millones de pesos (S.S.A. 1979-1982).

Ricardo Muro (1982) apunta que el comercio internacional de bebidas alcohólicas, hoy en día, es uno de los más importantes del mundo: sus ventas ascienden a 9 mil millones de dólares al año. México no es la excepción. Existen 168 empresas dedicadas a la vitivinicultura que controla aproximadamente 70,000 hectáreas sembradas de viñedos y su inversión acumulada aumentó 19.6% en la década pasada, alcanzando la cifra de 5 mil 828 millones de pesos en 1980. (Niño y Cardenas, 1984).

Un factor importante en el alcoholismo es la facilidad para adquirir bebidas alcohólicas -aún para menores de edad- por la abundancia de los establecimientos dedicados para su -

venta, su diversidad para satisfacer el gusto de los bebedores y los incentivos para beber en el hogar, con los compañeros de trabajo y en los lugares de recreación, aún en el deporte.

Desde 1976 en todo el país había 175,382 expendios de bebidas alcohólicas. De éstas, 21,945 en el medio rural y --- 153,433 en el medio urbano (.S.S.A. op cit).

Por otra parte, los cambios culturales que se manifiestan en la población en el tipo de bebidas que se consumen se confirman con los siguientes datos:

Márquez (1981) señala que mientras la producción de pulque, prácticamente estancada, pasa de 244 a 282 millones de pesos, los vinos y la cerveza de 2,255 y 1980 millones de pesos, entre 1970 y 1980, respectivamente, lo que repercutió en el consumo de bebidas de alta graduación, por ejemplo, el consumo per cápita de brandy y el de cerveza de 30 a 40 litros - de 1970 a 1981.

En este año y también en este sentido, Bernak apunta el crecimiento desproporcionado de bebidas como la cerveza, que desplaza al pulque, y cuyo consumo avanza de 3.5 a 40.0 litros por persona entre 1950 y 1982, la introducción de aguardientes de diferentes materias primas, como la uva, algunos cereales y tubérculos, originarios de otros países y en manos de empresas transnacionales.

En una investigación realizada en la Delegación de Tlalpan, por la Dirección General de Educación para la Salud, se encontró que el 60% de la población recuerda los comerciales de brandys y los consume en una relación de uno de cada cuatro personas, mientras que en el caso de la cerveza recuerdan los mensajes publicitarios en un 29% y se consume en una relación de una persona por cada cinco (S.S.A. 1982).

Parece impostergable tomar medidas drásticas sobre la asfixiante cantidad de anuncios proyectados para promover, sin importar el costo social, consumos indeseables tales como el de las bebidas alcohólicas, sobre todo entre los jóvenes. La amplitud de esta propaganda contrasta con la tímida presencia de otros anuncios, muy aislados, que ponen de manifiesto que el alcoholismo es una enfermedad mortal.

En 1980, la industria de bebidas alcohólicas invirtió -- 1,500 millones para anunciar sus productos, en televisión y radio, lo que significa muchas horas de impacto consciente y subconscientes sobre millones de radioescuchas y televidentes.

Asimismo, la demanda que se impulsa mediante costosas y amplias campañas de publicidad mantiene un ritmo ascendente: crece a razón de 20.3% anual. Sólo en lo que se refiere a las bebidas alcohólicas derivadas de la vid, el consumo per cápita de vinos y brandys era de 2.4 litros en 1980 se estima que para 1988 será de 3.4 litros por habitante. Durante este año se espera una demanda de 105.9 millones de litros de produc--

tos vitivinícolas, de los cuales, más de la mitad (159.3 millones) serán brandys. (Muro, 1982). (Niño y Cardenas, 1984).

MODELO FISIOLÓGICO

Varias teorías fisiológicas de la etiología del alcoholismo han sido propuestas, pero ninguna hasta la fecha ha sido confirmada satisfactoriamente.

Una de las teorías más tempranas de esta naturaleza fue propuesta por Williams (1946). El postulaba que el abuso del alcohol estaba relacionado a una deficiencia nutricional que estaba genéticamente determinada. Esta diferencia por lo tanto, conducía a la "necesidad psicológica" del alcohol. Estas hipótesis no han sido comprobadas por evidencia experimental (Lester y Greenberb, 1952; Mardones, 1960).

Otra teorías popular del abuso del alcohol es que es una enfermedad hereditaria. Goodwin, (1971) ha revisado literatura en esta área, y un hallazgo consistente, es que el alcoholismo se pasa de familia en familia. Si el individuo tiene un padre o pariente cercano alcohólico, es más probable que abuse del alcohol. La forma de beber de los padres del alcohólico puede influir en estos hechos (El rol del modelamiento social, Bandura, 1969).

Goewin, Schlsinger Moller, Hermansen, Winskur y Guze -- (1974) en un estudio comparando hijos adoptivos y no adopti--

vos de alcohólicos, concluyeron que los factores medioambientales parecieron contribuir por al desarrollo del alcoholismo en hijos de verdaderos alcohólicos. La evidencia de la teoría hereditaria del alcoholismo está lejos de ser concluida.

Es también probable que más que ser un eslabón genético directo sea indirecto, en términos de la predisposición fisiológica. Tomando en cuenta ésto, un individuo con una tolerancia gastrointestinal baja al alcohol abusará menos del alcohol, ya que después de una o dos copas experimenta un leve malestar o náusea. El alcohólico probablemente inicialmente es capaz de tolerar más y por lo tanto obtiene menor información negativa.

MODELO PSICOLOGICO.

Dentro de esta categoría está incluido un alto rango de interpretaciones de la etiología del abuso del alcohol basadas en teorías de la personalidad psicodinámicas y psicoanalíticas.

Algunos investigadores han señalado que las características más comunes y predominantes de los individuos alcohólicos son las siguientes: se trata de personas neuróticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, tendientes al aislamiento, dependientes, que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tie-

nen sentimientos de perversidad y de indignidad.

También se dice que suelen ser sujetos que sufrieron en la infancia privación emocional y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares, pero la verdad es que todas estas características de la personalidad, así como las experiencias infantiles señaladas pueden darse en individuos que desarrollan diferentes formas de neurosis e incluso en quienes alcanzan un desarrollo normal de la personalidad.

McCord y McCord (1960) y Emrick (1974) observaron que -- las teorías psicodinámicas del abuso del alcohol se basan en una combinación de tres supuestos:

1.- El alcoholismo es el resultado de tendencias inconscientes de autodestrucción, homosexualidad latente, o fijación en la etapa oral de desarrollo.

2.- El alcoholismo representa una necesidad de poder y autonomía.

3.- El alcoholismo está relacionado con las necesidades de reprimir hostilidad y dependencia.

La evidencia de estas explicaciones está en la actualidad inconclusa, en parte debido a la falta de estudio en los que estos factores son usados para predecir el abuso del alcohol. Además, es probable, que aquéllas personas que abusan del alcohol y que exhiben un comportamiento dependiente, por

ejemplo, éste puede ser resultado de su exceso en el beber -- más que la causa.

MODELO EMPIRICO DEL COMPORTAMIENTO

La aproximación del comportamiento o aprendizaje social del abuso del alcohol, ha sido generalmente malinterpretado o supersimplificado.

Investigadores bien instruidos con aproximaciones conductuales han escrito excelentes revisiones críticas en esta - - área, (Franks, 1958, 1963, 1966, 1970) éstas fueron necesariamente limitada en su alcance debido a la poca investigación - clínica que en este campo había cuando se escribieron éstas.

Las aproximaciones conductuales del alcoholismos subyacen en un simple modelo de condicionamiento (reducción de un impulso) derivado de los principios del aprendizaje, basados en datos análogos obtenidos con animales (Kingham, 1958; Conger, 1956). Otros han intentado extender esta explicación - - (Kepner, 1964), dando énfasis en una combinación de principios de las teorías psicodinámicas y del aprendizaje.

Esta simple aproximación no representa la posición común de las aproximaciones conductuales al abuso del alcohol, pero sí representa una fuerza objetiva, empírica, con imposiciones observables, con una forma de evaluación sistemática de los - resultados clínicos y el uso de procedimientos clínicos válidos.

dos. El resultado de este modelo ha sido la proliferación de técnicas de tratamiento basadas en conocimientos científicos del aprendizaje y del comportamiento, su estructura de trabajo es básicamente metodológica. Esto es, ésta proporciona un sistema de metodología experimental usando imposiciones objetivas y evaluaciones para incrementar el conocimiento en el área. Dentro de esta forma de trabajo, las estrategias de tratamiento son basadas empírica más que teóricamente.

Con relación a esta orientación, Sobell y Sobell (1974), para entender el abuso en el beber, proponen que las teorías comunes, con poca evidencia para apoyarlas o refutarlas, han cooperado poco para el tratamiento o prevención del alcoholismo. Una aproximación más fructífera deberá incluir investigaciones de los factores comunes en el medio ambiente del individuo que contribuyen al mantenimiento del beber excesivo. Esta aproximación de análisis funcional genera dos líneas de investigación:

- 1) Estudios descriptivos; y
- 2) Estudios de tratamiento evaluativo.

En el análisis descriptivo, factores específicos (ejemplo: tensión) a pesar de contribuir a mantener un beber excesivo son investigados a través de una imposición directa de comportamiento. Las observaciones directas del beber del alcohólico son evaluadas sistemáticamente a través de experimentación controlada.

En los últimos cinco años las investigaciones conductuales han avanzado enormemente en estas dos áreas.

El primer paso en determinar los factores relevantes en el mantenimiento del abuso del alcohol consiste en un análisis funcional de eventos antecedentes y consecuentes asociados con este patrón de conducta. Tal análisis debería incluir una amplia variedad de factores sociales, situacionales, cognitivos, fisiológicos y emocionales. Cuálquier factor o combinación de factores antecedentes puede precipitar un beber excesivo. Los eventos consecuentes que incrementan el deseo de consumir alcohol excesivamente, pueden incluir un incremento de experiencias positivas (ejemplo: atención de los amigos) - una reducción en un antecedente aversivo.

La exacta combinación de estos factores necesarios para iniciar y mantener el abuso en el beber es altamente compleja.

F). FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INGESTA DE ALCOHOL

FACTORES EMOCIONALES

Uno de los principales factores en la ingesta del alcohol es la de los estados depresivos en alcohólicos crónicos y la relación entre stress y beber excesivo ha sido durante largo tiempo considerada importante en la etiología del alcoholismo, se ha visto que las situaciones que producen ansiedad pueden servir como clave para abusar de la bebida.

Supuestamente, el resultado del consumo del alcohol es - disminuir la ansiedad y de esta manera, es muy probable que - ésto ocurra como respuesta nuevamente ante las mismas situa- ciones o similares. A través del alcohol el individuo escapa_ rápidamente de experiencias psicológicas displacenteras. Des- pués de sucesivas situaciones de ansiedad, beber excesivo, -- reacción de ansiedad, la clave por sí misma puede provocar - la conducta de beber. El individuo aprende gradualmente a eva- dir la ansiedad consumiendo alcohol. Este patrón de beber pue- de empezar a ser una reacción generalizada a tensiones y an- siedades durante toda la vida. Finalmente, puede dar como re- sultado el consumo diario de alcohol, a pesar de que factores como evitar síntomas pueden empezar a ser inexistentes.

La mayor evidencia para apoyar o refutar esta hipótesis_ de tensión-reducción, está basada en experimentos con anima-- les. Capell y Herman (1972), llevaron a cabo una revisión crí- tica de las investigaciones hechas con animales y humanos en_ esta área y concluyeron con la mayor evidencia era negativa, - equivocada y contradictoria. Ellos observaron que la hipóte-- sis de tensión-reducción no ofrece en la actualidad una expli- cación válida para beber excesivamente.

Investigaciones recientes con alcohólicos crónicos hospi- talizados indican que contrariamente a la suposición popular_ de tensión-reacción los alcohólicos crónicos experimentados aumentaron su ansiedad y depresión desde que empezaron la in-

gesta. Mendelson 1964; McNamee, Mello y Mendelson, 1966, - - Nathan y O'Brien, 1971, encontraron a los alcohólicos más deprimidos, menos activos y más patológicos después de la ingesta. Se debe tomar en cuenta las características de los alcohólicos crónicos, ya que la ingesta en estos individuos puede ser mantenida por factores un poco diferentes a aquellos factores asociados con el consumo de alcohol de alcohólicos menos deteriorados. (Los alcohólicos crónicos beben diariamente, como forma de vivir, y su ingesta parece estar más influenciada por eventos mediambientales o fisiológicos).

Es interesante observar que los bebedores normalmente no demuestran aumento en ansiedad como consecuencia de la ingesta de alcohol, pero cuando las cantidades consumidas aumentan se observa aumento significativo en ansiedad y depresión. (Williams, 1966). Los alcohólicos muestran estos cambios displacenteros en el estado de ánimo aún después de pequeñas cantidades ingeridas de alcohol. (Mayfiel, 1968).

Actualmente se sabe que parece ser más productivo evaluar la naturaleza de las situaciones específicas que preceden al consumo excesivo de alcohol de individuos alcohólicos que las respuestas de ansiedad en general.

FACTORES SOCIALES.

La influencia de factores sociales-interpersonales en el

consumo de alcohol han sido investigados en varios estudios.

Nathan y O'Brien (1971) llevaron a cabo un estudio para evaluar la influencia del aislamiento social en el consumo -- excesivo de alcohol. Los autores concluyeron que el aislamiento social puede servir como clave para el consumo excesivo de alcohol.

Un contraste de estos resultados obtuvieron Bigelow -- (1973) y Griffiths, Bigelow y Liebson (1973, 1974a, 1974b), -- encontraron que la interacción social más que el aislamiento -- sirve como clave a alcohólicos crónicos para beber excesivamente.

Briddell y Natha (1975) postulan que esta diferencia entre los resultados del estudio de Nathan y los de Bigelow, -- Griffiths y Liebson, puede deberse a las grandes cantidades -- de alcohol consumidas en el estudio de Nathan. Esto es, cantidades moderadas de alcohol pueden facilitar la interacción social y cantidades mayores pueden tener efectos contrarios. De cualquier manera, hay evidencias convincentes que sugieren -- que las interacciones sociales comienzan a ser más reforzantes en los alcohólicos después de consumir alcohol.

La presión de grupo y el modelamiento social son formas de interacción social que pueden influir directamente en el consumo de alcohol. Goldman, Taylor, Garruth y Nathan (1973) investigaron los efectos de las normas de grupo en el consumo

de alcohol y encontraron que el patrón individual de ingesta de cada miembro del grupo fue significativamente influido por las normas establecidas por el grupo. Marlatt (1974) habiendo realizado un estudio parecido obtuvo resultados similares. Es tos resultados pueden tener implicaciones importantes para el estudio del desarrollo y tratamiento del alcoholismo.

El modelamiento social de patrones excesivos de ingesta en otros puede ser un factor significativo en el abuso crónico del alcohol. Así explica el aprendizaje social el alto grado de incidencia de alcoholismo entre niños de padres alcohólicos. Similarmente, la conducta de beber de un grupo social con el que un individuo interactúa puede influir significativamente en su forma de beber.

Clínicamente, estos resultados implican que es favorable para un alcohólico tener amigos moderados en la bebida o abstinentes, ya que éstos es un aspecto importante para el éxito terapéutico.

De esta manera, los estudios de factores sociales relacionados al abuso del alcohol indican que hay una relación definitiva entre interacción social y el consumo de alcohol. El modelamiento o presión de grupo pueden incrementar significativamente las cantidades de alcohol que un individuo consume.

FACTORES COGNITIVOS.

Se tienen pocos estudios que tomen en cuenta factores --
cognitivos en el alcoholismo.

Se cree a menudo, de cualquier manera, que los alcohólicos tienen un pobre auto-concepto, que cambia a ser mas positivo después del consumo de alcohol, pero Vanderpool (1969) - en un estudio intentó confiar ésto y por el contrario observó que la bebida tiene a disminuir los pensamientos relativos a la auto-estima más que aumentarlos.

FACTORES SITUACIONALES.

A menudo se cree que el alcohol está relacionado con claves en el medioambiente, ésto es, el ver a otra gente beber, - el ver u oler alcohol, pueden servir para iniciar la conducta de beber o pueden aumentar la probabilidad de que un alcohólico beba.

FACTORES FISIOLÓGICOS.

Con frecuencia, clinicamente se ve que la ingesta de algunos alcohólicos crónicos es mantenida para evitar o escapar de algunos síntomas fisiológicos aversivos que ocurren cuando el consumo excesivo es disminuído o terminado.

Nathan y O'Brien (1971) (reportaron que la disminución - del nivel de alcohol en la sangre a menudo sirve para precipitar la bebida en sujetos alcohólicos). El aliviar el dolor_ puede servir también para iniciar y mantener una ingesta - - - excesiva. Clínicamente, muchos alcohólicos atribuyen su inges_ ta a este factor, pero no hay evidencias experimentales dispo_ nibles a este respecto.(Niño y Cárdenas, 1984).

G) TRATAMIENTOS PARA EL BEBEDOR PROBLEMA: APROXIMACIONES MODERNAS.

¿Cómo puede tratarse eficazmente el problema de los bebedores problema? ¿Algunos enfoques del tratamiento son más - - efectivos que otros? ¿Ciertos tipos de bebedores problema responden mejor que otros al tratamiento en general, o a ciertos enfoques terapéuticos específicos? ¿Quién es óptimamente idóneo para tratar a un alcohólico?

Estas son preguntas que se hace cualquier médico de salud mental que entra en contacto con bebedores problema, -o - sea, todo profesional de la salud mental. Las siguientes han sido las respuestas aceptadas clásicamente a aquellas preguntas. ¿Cuán efectivo es el tratamiento para el alcoholismo? No mucho. ¿Algunos enfoques son mejores? No - todos los tratamientos son iguales ineficaces. ¿Algunos responden mejor que otros al tratamiento? Si - aquellos alcohólicos que han "evitado hundirse" o han sufrido tanto como para sentirse motivados para el tratamiento. ¿Quién es más competente para tratar alcohólicos? Otro alcohólico, quien haya sido completamente.

Esas son las respuestas fáciles, las cuales siguen pasando desde un año hasta el siguiente y aparecen en los más recientes escritos de algunos de los profesionales más respetados en el campo. ¿Pero qué apoyo existe para aquellas afirmaciones a partir de la investigación científica? Después de -- leer más de 500 estudios sobre resultados de tratamientos se_

cree que hay razón de sobra para cuestionar cada una de estas respuestas aceptadas comúnmente.

Así, se explica brevemente cada uno de los principales enfoques de tratamiento usados comúnmente para ayudar a los bebedores problema y examinar cuidadosamente los hechos considerando lo efectivo que sea cada uno. Se han escrito con la práctica profesional en mente, destacando estudios decisivos y resumiendo conjuntos más grandes de investigación, intentando delinear conclusiones que serán un tanto de aplicación práctica para el clínico que, al final, tenga que decidir cómo tratar cada caso individual.

Es conveniente hacer notar que a continuación se emplea el término "bebedor problema" para referirse a un amplio porcentaje de individuos, es decir, para cualquiera que experimenta problemas significativos en su vida relacionados con su ingesta de alcohol, (Cahalan, 1970). Y así mismo, emplearemos el "alcohólico", para referirnos a aquéllos bebedores problema que ya están más seriamente incapacitados. Es decir, todos los alcohólicos son bebedores problema, pero no todos los bebedores problema son alcohólicos. (Miller y Caddy, 1977).

Desintoxicación.

Es un procedimiento médico para ayudar al alcohólico durante el período en el cual se le retira el alcohol. Ahora ya está bien establecido que el alcohol puede producir una clara y severa adicción fisiológica, con una pre

decible secuencia de síntomas que ocurren cuando el nivel de alcohol en la sangre disminuye durante la retirada del alcohol.

Para esos individuos que están farmacológicamente adictos al alcohol, la desintoxicación es un requisito indispensable y/o necesario para el tratamiento.

APROXIMACIONES DE TRATAMIENTO ORIENTADAS A LA "ABSTINENCIA"

La gran mayoría de las aproximaciones de tratamiento para bebedores problema han establecido la total abstinencia del alcohol, como la meta principal.

A continuación se revisarán estas aproximaciones y posteriormente aquéllos métodos de tratamiento asociados con una meta alternativa de "moderación". Ambos métodos de tratamiento, tanto el orientado hacia la abstinencia como el orientado hacia la moderación, han hecho contribuciones valiosas en la recuperación de bebedores problema.

Primero revisaremos las aproximaciones de tratamiento que se dan como terapia individual: A) Terapias con Drogas; B) Terapias Aversivas; C) Hipnosis; D) Psicoterapia; y E) Algunas aproximaciones Recientes. Después, métodos grupales incluyendo Alcohólicos Anónimos y concluyendo con una consideración de terapias familiares.

A. EL USO DE MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE BEBEDORES PROBLEMA.

Disulfiram.- De todos los agentes químicos que han sido usa-

dos en el tratamiento del alcoholismo, probablemente el más popular ha sido la disulfiram (su nombre en el mercado Antabuse). Accidentalmente fue descubierto que el Antabuse produce reacciones violentas displacenteras en los humanos cuando es combinado con el uso de bebidas alcohólicas. Esta reacción conocida como reacción de disulfiram-etanol, está caracterizada por la llegada masiva de éste al sistema nervioso autónomo.

Los síntomas de la reacción disulfiram-etanol incluyen, calor, náusea y vómito, dolor de pecho, disnea, debilidad, dificultad para respirar, corazón acelerado, y una marcada disminución de la presión arterial. Algunos individuos que han experimentado esta reacción, han dicho que sintieron como si fueran a morir. La razón precisa para estos síntomas no es aún clara hasta la fecha. La explicación más común es que la disulfiram bloquea la acción de una enzima específica, aldehípodeshidrogenasa, que está incluida en el metabolismo de la sustancia acetaldehído, un producto metabólico del alcohol. En ausencia de una enzima necesaria, los niveles de acetaldehído suben en el organismo tanto como haya alcohol en el torrente sanguíneo. La disulfiram también altera los niveles de la química cerebral (ej. dopamina, norepinefrina), necesarias en la transmisión neuronal (Amit y Levitan, 1977; Lake et al., 1977; Rosenfeld, 1960.)

Efectos secundarios. Los profesionales que incluyen disulfiram en los paquetes de tratamiento deben conocer la

posibilidad de efectos secundarios. Estos incluyen, erupciones en la piel, fatiga, dolores de cabeza, impotencia. Estos efectos no ocurren en todos los pacientes, parecen ocurrir en menor grado cuando se toman menores dosis y aparecen con mayor frecuencia después de la primera semana del tratamiento.

Disulfiram implantada.- Ya que uno de los principales problemas con el tratamiento de disulfiram oral es la interrupción o discontinuación del tratamiento, la posibilidad de implantar una dosis de disulfiram de larga duración ha sido explorada. El método usual es hacer una pequeña incisión en la parte inferior del abdomen e insertar un número de tabletas de disulfiram (generalmente 10). La incisión es después suturada. El procedimiento requiere únicamente de 15 a 30 minutos (Wilson, 1975).

Resumiendo: Parece ser que la inclusión de disulfiram oral como componente en un programa de tratamiento puede elevar significativamente la tasa de mejoramiento comparándolo con el mismo programa sin disulfiram. En situaciones, cuando se les dá a escoger a los pacientes, aquellos que escogen la disulfiram la pasan mejor que aquellos que rehusan el medicamento. El disulfiram parece particularmente ser más exitoso con los pacientes de edad que tienen problemas de ingesta mas severos pero concomitantemente menos psicopatológicos. Implantes de disulfiram aparecieron para acrecentar la mejoría en pacientes

alcohólicos voluntarios.

De cualquier manera, actualmente es imposible concluir - que estos efectos observados son debidos a la acción específica de la disulfiram o a otros factores no especificados, tales como placebo y diferencias individuales en la motivación de los pacientes. Becker (1979) concluye. "que nuestro actual conocimiento sugiere que la disulfiram es un placebo activo en las dosis usadas clínicamente". (p. 297). La eficacia de la disulfiram con pacientes involuntarios es desconocida hasta el presente debido a la falta de investigaciones controladas. Los dos estudios más frecuentemente citados de disulfiram oral - - (Gerard y Saenger, 1966; Wallerstein, 1957) observaron el éxito de esos pacientes alcanzando una ingesta moderada y el mejoramiento en las funciones sociales. La ingesta controlada también ha sido reportada entre algunos pacientes a los que les fue implantada la disulfiram (Kine y Kingstone. 1977).

Citrated Calcium Carbimide.- (Cyanamide). Los efectos secundarios del disulfiram han hecho que se investigue una droga alternativa que pudiera sensibilizar al paciente con menor riesgo y el citrated calcium carbimide ha sido explorado como una alternativa, sin embargo, no es comúnmente utilizable por prescripción en los Estados Unidos. Las investigaciones sugieren que éste produce menos efectos tóxicos que el disulfiram y parece que provoca menos

stress en el sistema cardiovascular si se llega a consumir alcohol. La única investigación extensa sobre la efectividad del citrated calcium carbimide ha sido conducida en Japón; los reportes indican altas tasas en el éxito de ingesta moderada, pero bajas tasas en abstinencia.

Metronidazol.- (Su nombre en el mercado Flagyl). Fue usado inicialmente en 1959 para el tratamiento de infecciones urinarias y vaginales. Uno de sus efectos secundarios, es un sabor metálico en la boca y aversión al sabor del alcohol. Los estudios controlados del metronidazol han reportado resultados mixtos. La mayoría de los resultados no encuentra diferencia entre los efectos de la droga y el placebo en la ayuda de los pacientes para mantener la abstinencia (Goodwin y Reinhard, 1972; Rada y Kellner, 1979). El metronidazol parece haber caído en desuso con los reportes de los estudios controlados más recientes (1972). El uso de esta droga fue reportado como peligroso en 1980, ya que el metronidazol produjo cáncer en los animales de laboratorio. (Physician's Desk Reference).

Psicotrópicos.- Los medicamentos psicotrópicos son aquéllos encaminados a influir directamente en el estado mental y a aliviar síntomas tales como depresión y ansiedad. Los psicotrópicos han sido usados extensamente en el proceso de desintoxicación (Gessner, 1970; Rada y Kellner, 1979),

pero aquí se les revisará en atención a su uso con bebedores problema en un esfuerzo para reducir o eliminar el abuso del alcohol. El supuesto básico aquí es, si ciertos síntomas psiquiátricos son aliviados, el uso excesivo del alcohol también será disminuído o suprimido. Desafortunadamente la mayoría de los estudios evaluativos han examinado únicamente el impacto de las drogas con medidas psicológicas, tales como escalas de depresión o el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), sin determinar directamente los cambios en la conducta de ingesta. Los períodos de seguimiento también han sido cortos, generalmente unas pocas semanas. Haciendo una síntesis de la metodología en esta área, Baekland (1977) escribió: "EL tratamiento del alcoholismo con drogas, ha sido una de las áreas de investigación tratadas menos cuidadosamente y mecánicamente, menos cuidadosamente debido a la enorme proliferación de estudios sin control, y mecánicamente debido a la aplicación confusa de técnicas doblemente confusas, que no toman en cuenta muchos de los requisitos metodológicos importantes (p.471)".

Tranquilizantes Menores.- Después del Alcohol, los tranquilizantes menores representan algunas de las drogas más ampliamente usadas y abusadas en nuestra sociedad. Estas drogas han sido prescritas para los alcohólicos primeramente debido a su acción de anti-ansiedad, que calma sin ser tan fuerte como los barbitúricos y con un riesgo apa

rentemente menor de adicción farmacológica.

Entre los tranquilizantes, el clorodiazepóximo (nombre - en el mercado Librium) es el más común.

Los resultados obtenidos en los estudios realizados con tranquilizantes menores, no son optimistas acerca de su eficacia con bebedores problema, y evidencias limitadas sugieren que su efecto puede ser negativo en cierta población.

Combinación de Tranquilizantes Antidepresivos.- Esta es poco brillante en su uso con bebedores problema (Shaw et al., 1975; Lund Wall, 1975).

Antidepresivos.- La información que se tienen de los antidepresivos parece ser un poco más prometedora, ya que, cuando menos parece que ciertos antidepresivos son efectivos en el alivio de síntomas depresivos en algunos alcohólicos, (Akiskal et al., 1974; Butter Worth, 1971; Shaffer et al., 1964; Wilson et al., 1970).

Resumiendo: Haciendo una amplia revisión de las investigaciones que se han realizado con las diferentes drogas Rada y Kellner (1979), concluyeron que "ninguna droga ha demostrado atenuar la ingesta en estudios controlados. Actualmente parece haber una discrepancia entre la práctica clínica y los resultados de las investigaciones". (p. 129).

De cualquier manera, las drogas psicotrópicas actualmente siguen siendo uno de los métodos de tratamiento más comúnmente

usados para bebedores problema (Pattison, 1977), a pesar de que su efectividad para tratar a bebedores problema no tiene bases científicas.

B. TERAPIAS AVERSIVAS.

Como son aplicadas a problemas de ingesta, las terapias aversivas tratan de interrumpir la conducta de ingesta creando aversión o disgusto a las bebidas alcohólicas. Esta aproximación terapéutica fue basada inicialmente en los conceptos de condicionamiento pavloviano (Kantorovich, 1930).

La terapia aversiva generalmente ha sido empleada, aunque no siempre, hacia una meta total de abstinencia (Lovibond y Caddy, 1970).

El procedimiento de las terapias aversivas es relativamente simple. Un estímulo condicionado (en este caso, bebidas alcohólicas) es asociado repetidamente a un estímulo incondicionado, que es poderosamente displacentero. El efecto deseado es que el estímulo incondicionado han sido usados. A continuación haremos una breve revisión de éstos: a) Agentes químicos como la Emetina, Apomorphina, Succinylcholina; b) Estimulación Eléctrica; y c) Fantasía aversiva (sensibilización - cubierta).

Terapias Aversivas con Agentes Químicos.- Drogas que producen náuseas, (Voegtlin, Lemere y asociados al Hospital Shadel en Seattle, Washington,) empezaron a crear la aversión con emetina en 1935 (Voegtlin, 1940). El procedimiento -

típicamente consistía en una inyección intramuscular de emetina hydrochloride, que producía náusea y vómito cuando se ingería alcohol. Esto ocurría en 30 minutos aproximadamente y el paciente recibía 5 sesiones de condicionamiento aversivo.

Parece ser que el condicionamiento aversivo con emetina ha sido usado con éxito relativo con cierta población de pacientes que tienen un buen matrimonio y un buen trabajo, de clase media o alta y con suficiente motivación para gastar demasiado en un programa de tratamiento desagradable. Las tasas de abstinencia dentro de este grupo tienden a estar entre el 60 y 70% en un año. La efectividad de este tratamiento en otra población es menos clara.

Succinylcholina.- Durante los 60's fue usado con bases experimentales en un intento de crear aversión al alcohol asociándolo con un evento traumático. La succinylcholina es un curare (planta venenosa), y es una droga que produce una parálisis total de músculos, incluyendo aún los involuacrados en la respiración justo antes de la inyección - se le da al paciente alcohol para olerlo y probarlo. La droga se da intravenosamente es una dosis suficiente para producir apnea por cerca de 60 segundos, una experiencia altamente aterradora.

Después de diferentes estudios realizados, en los que la diferencia entre el placebo y la aplicación de succinylcholina no fue significativa, además de los estudios po-

co exitosos y la naturaleza drástica del tratamiento, la terapia aversiva de succinylcholina ha caído en un justificable desuso.

Aversión Eléctrica.- Debido a la aversión química desagradable y a las contraindicaciones médicas del uso de emetina, varios investigadores han utilizado los electro-choques como un estímulo incondicionado alternativo.

Los estudios que han usado electro-choques han sido variados con respecto a la intensidad y duración del choque, el paradigma de condicionamiento empleado y el lugar en el que el choque se da (ej. dedos, pies, piernas, cara) (La aversión eléctrica no debe ser confundida con la terapia convulsiva, en la que la corriente es pasada a través del cerebro).

Los primeros reportes publicados de la aversión eléctrica en alcohólicos, aparecieron en Rusia, en 1930 (reportados por Razran, 1934).

La aversión eléctrica ha recibido una extensa investigación en los siguientes 50 años. Una variedad de grupos sin control y estudios de casos han reportado un porcentaje de tasas de mejoría que oscilan entre el 0% y 60% (Blake, 1965, 1967, Ciminero, et al., 1975; Classon y Målm, 1973; Asu, 1965, McGuire y Vallance, 1965; Michaelsson, 1976; Miller y Hersen, 1972; Morosko y Baer, 1970). Pero, debido a que la aversión eléctrica ha sido ofrecida frecuentemente a los clientes como un elemento en programas de tratamiento multimodales (Lovibond y Caddy,

1970), uno puede preguntarse si el componente aversivo - del choque es necesario o suficiente para el éxito del - tratamiento.

Miller (1978a) y Vogles y sus colegas (1975) han reportado que no hay diferencia significativa en la eficiencia - entre programas de tratamiento conductual con o sin choque.

Resumiendo: La aversión eléctrica, como una técnica de tratamiento para bebedores problema es incierta actualmente. Parece ser que la aversión eléctrica produce una gran mejoría - que no puede obtenerse cuando no se da tratamiento o cuando - se da un tratamiento convencional aislado, y que el éxito de una ingesta controlada comúnmente se obtiene aún cuando la - meta establecida en la terapia sea la total abstinencia. - - - Otros métodos de tratamiento alternativos pueden ser igualmente efectivos, sin invocar algunos de los concomitantes efectos secundarios desagradables de la aversión eléctrica (ej. - la deserción).

Como componente de un programa de tratamiento multimodal para entrenar una ingesta moderada, la aversión eléctrica parece - tener un mínimo valor. Puede ser, de cualquier manera, que la aversión eléctrica es una ayuda efectiva para ciertos clientes. Un factor que impide el uso efectivo de la aversión eléctrica es la falta de entendimiento del por qué ésta parece - servir para ciertos clientes y para otros no. Es probable que los cambios críticos en los procesos cognitivos y/o estructu-

ras (ej. disonancia cognitiva, etiquetación) influyen en el impacto de la aversión eléctrica.

Sensibilización Cubierta.- También llamada terapia de aversión verbal, es una técnica que incluye guía verbal en donde se le pide al paciente que imagine al alcohol y escenas de ingesta asociándolas con sentimientos displacenteros, generalmente náuseas, vómito.

Los datos de las investigaciones realizadas son inadecuados para sacar conclusiones firmes. Estudios controlados sugieren que la sensibilización cubierta es más efectiva que el no recibir tratamiento. Cuando únicamente los resultados de abstinencia son considerados, las tasas son del 40%. La ingesta moderada también ocurre.

C. H I P N O S I S .

Las referencias del uso de hipnosis en el tratamiento del alcoholismo datan atrás hasta 1899 (Moll, 1899, citado en Edwards, 1966). Ambos, los más tempranos y los más recientes, tratados clínicos sin control, han tendido a reportar buenos resultados, con tasas de abstinencia del 40% (Palez, 1952) al 76% (Gabry Nowiez, 1977).

En este tipo de tratamiento el cliente es visto en un rol pasivo, perdiendo el control personal y el tratamiento puede parecer que tiene cualidades mágicas. La literatura reciente en el área de Auto-Control y modificación conductual cognitiva (ej. Meichenbaum, 1977) puede argumentar que este

tipo de perspectiva (cambios externamente impuestos con poca actividad incluida por parte del cliente) puede no resultar - un éxito duradero, porque a la persona no se le ha enseñado - ninguna habilidad conductual nueva o procesos cognitivos adaptativos para tratar las presiones intrapersonales e interpersonales que pueden conducirlo a recaer.

Después de revisar varias investigaciones se observa que los resultados son poco consistentes, probablemente debido a la falta de control y a la manera en que el concepto de hipnosis ha sido presentado a los sujetos.

Las investigaciones contemporáneas de hipnosis (Barber, Spanos y Chaves, 1974; Katz, 1979) han sugerido reconceptualizaciones del proceso hipnótico que son más consistentes con el auto-control.

D. PSICOTERAPIA.

Probablemente el obstáculo más significativo para la interpretación de los éxitos psicoterapéuticos, es una ambigüedad general en lo que se refiere a lo que fue exactamente realizado durante la terapia. Muchos estudios del tratamiento -- del alcoholismo afirman simplemente que los pacientes recibieron "psicoterapia individual o de grupo". El contenido, procedimientos y dirección de tales "psicoterapias" son tan variables que uno está perdido si trata de reconstruir un proceso de tratamiento.

La mayoría de las psicoterapias para alcohólicos parecen,

sin embargo, estar derivadas de modelos psicodinámicos. El supuesto central aquí es que el alcoholismo es un síntoma de un conflicto inconsciente básicamente, con la implicación de que el conflicto más que el síntoma debe ser tratado. Especulaciones acerca de la naturaleza precisa de este conflicto inconsciente han variado, pero las hipótesis populares con relación al abuso del alcohol, han incluido: a) una defensa en contra de la depresión, debido a una necesidad de dependencia insatisfecha, -por tanto, una fijación en la etapa oral temprana del desarrollo psicosexual; b) una defensa en contra de una homosexualidad latente; c) una defensa en contra de la ansiedad debido al impedimento de la salida de impulsos inconscientes; y d) un comportamiento autodestructivo como resultado de deseos incestuosos (De Vito et al., 1970); Fenichel, - 1945; Silber, 1970).

Recientemente, formulaciones psicodinámicas alternativas han entrado al campo, incluyendo la teoría del análisis transaccional (Steiner, 1971) y teorías de sistemas de comunicaciones que enfatizan el rol del alcohol en la estabilización de la estructura familiar (Steinglass et al., 1971). Todos comparten el supuesto de que la llave para la resolución del síntoma del alcoholismo es el logro de un insight crítico dentro de las dinámicas intrapsíquicas.

Parece haber el consenso de que la psicoterapia intensiva no es un tratamiento seleccionado para alcohólicos (Ewing, 1974; Lynn, 1976; Moore, 1963, Seha, 1954). Los alcohólicos -

generalmente son pacientes que no se encuentran en tratamiento con psicoterapeutas (Hayman,1956; Selzer,1967) y son además, consistentemente diagnosticados como teniendo desórdenes de la personalidad (De Vito et al.,1970; Miller, 1976), con menor pronóstico positivo en psicoterapia. Gerard, Saenger y Wile (1962) encontraron que la abstinencia no trae como consecuencia el insight y que el insight no es necesario para mantener la abstinencia.

También se ha incrementado la evidencia de que otros problemas de la vida tienden a disminuir más que a empeorarse cuando el abuso del alcohol disminuye, una tendencia opuesta a aquélla que podía esperarse de las teorías psicodinámicas (Miller, Hedrick y Taylor,1979).

Resumiendo: Las investigaciones realizadas indican que la psicoterapia de insight no representa un tratamiento apropiado para alcohólicos. Investigaciones controladas señalan un alto grado de deserción y más baja o igual efectividad en comparación con otros métodos alternativos de tratamiento (cf. Gomes Schwartz et al., 1978). Una posible razón para la respuesta pobre de los alcohólicos a las terapias de insight, es el déficit en abstracción cognitiva y habilidades de memoria asociados con el uso crónico de alcohol (Eckardt et al.,1978; Herster,1979; Miller & Orr, in press). Además, la psicoterapia, en general, dura mucho tiempo y las investigaciones recientes no apoyan la superioridad de intervenciones intensivas de larga duración sobre menos extensas y costosas alterna

tivas (cf. Christensen et al., 1978; Edward et al., 1977). - La duración de la psicoterapia y el grado de entrenamiento profesional que requiere su administración, combinados con algunos resultados desfavorables obtenidos en la literatura revisada, no tienen un buen pronóstico por el costo-efectividad de la psicoterapia como un tratamiento de primera modalidad para el alcoholismo.

E. OTRAS APROXIMACIONES.

Alcohólicos anónimos.

Ahora con más de 45 años de existencia. alcohólicos Anónimos- representa una de las aproximaciones más ampliamente extendidas para el tratamiento del alcoholismo.

La filosofía y raíces históricas de Alcohólicos Anónimos pueden encontrarse detalladamente descritas en Alcoholc Anony mous, 1955; Alibrandi, 1978; Blumberg, 1977; Leach y Norris, - 1977).

Vale la pena hacer notar, de cualquier manera, su consistencia a través de una amplia variedad de clases socioeconómi cas, todos los grupos usan los mismos materiales como referen cia, emplean reuniones similares y son guiados por alcohóli- cos restablecidos.

Los intentos para evaluar la efectividad de Alcohólicos- Anónimos se han encontrado con muchos problemas metodológicos entre ellos la anonimidad de los miembros que no permite un -

seguimiento. La mayoría de los estudios han fallado en la inclusión de un grupo control, debido a la disponibilidad de Alcohólicos Anónimos de ayudar a todos los que estén interesados.

Bebbington (1976) afirma que a muchas personas a las que les va muy bien en alcohólicos anónimos le atribuyen su éxito a su asistencia. Debido a la falta de apoyo de evidencia científica, Alcohólicos Anónimos ha recibido una propagación sin crítica (Emrick, Lassen & Edwards 1977). En 1974, Madsen describió a A.A., como "el único grupo persistente y próspero que trata con alcohólicos". A pesar de que se sabe que A.A. no es para cualquiera, Madsen más tarde afirma "aún en comparación con otras terapias, su grado de éxito es casi milagroso". Aún más recientemente, el Padre Joseph C. Martín, se refiere a A.A., como "la mejor terapia en el mundo" (Martín, 1980).

Ciertamente, el decir que A.A. es el tratamiento modelo para todos los bebedores problema, no está justificado por nuestro conocimiento actual.

Terapias de Grupo.

Las aproximaciones de grupo para el tratamiento del alcoholismo se iniciaron en 1940, siguiendo a la Segunda Guerra Mundial, en parte, debido a la necesidad de métodos más eficientes para tratar a un gran número de individuos (Hartocollinsy Sheafor, 1968). El término "terapia de grupo" como el de "psicoterapia", incluye una amplia variedad de procedimientos y orientaciones teóricas (Battegay, 1977; Blume 1978a, Do-

roff, 1977. Sands y Hanson, 1971; Scott, 1976).

A pesar de que muchos estudiosos simplemente afirman que la "psicoterapia de grupo" fue administrada, hay numerosas descripciones de detalles de varias técnicas grupales para tratar el alcoholismo, incluyendo psicodrama (Blume, 1978b; Blume et al., 1968; Weiner, 1967), terapia de realidad (Bratter 1974), proceso de interacción de grupo (Brown y Yalo, 1977; Yalom, 1974), grupo de maratón (Dichter et al., 1971), análisis transaccional (Steiner, 1971), grupo experimental (Mullan y Sangiuliano, 1967; Trudel, 1978).

Según Moore y Duchanan (1966), la "psicoterapia de grupo" ha sido la segunda técnica más comúnmente empleada en los problemas para alcoholismo en los hospitales (el 78% de los programas reportaron usarlo), siendo el de Alcohólicos Anónimos el método más frecuente usado (cf Ford., 1976).

De cualquier manera, las bases para esta confianza no se han encontrado en la literatura presente (Hartocollis y Shearfor, 1968; Parloff y Dies; 1977; Pattison, 1977).

A pesar de que un gran número de grupos ha incluido psicoterapia de grupo entre los procedimientos evaluados, los problemas metodológicos comunes oscurecen la interpretación de los resultados. La naturaleza precisa del procedimiento de grupo es frecuentemente inespecífico, y técnicas diferentes se sobreponen mucho frecuentemente. Esto es, por ejemplo, una interferencia considerable entre psicodrama y procedimientos

de terapias conductuales comunes, asimismo entrenamiento de aserción y ejercicio conductual (Blume et al., 1978; Kelly, 1978). Las técnicas grupales se usan raramente aisladas. La sobreposición es común entre terapia de grupo y A.A., son métodos grupales pero diferentes por su forma de auto-ayuda y la membresía permanente (Hartocollis y Sheafor, 1968; Prusch, 1976). Las tasas de deserción son frecuentemente altas y los métodos de seguimiento se han apoyado en cuestionarios y otros métodos de auto-reportes. Si todos los reportes de psicoterapia de grupo con pacientes alcohólicos son positivos, si no es que hasta entusiastas, es porque los resultados reportados son principalmente influenciados por la impresión de las experiencias de los propios autores.

Resumiendo: La terapia de grupo es ampliamente aplaudida y comúnmente usada como una de las mejores técnicas de tratamiento para alcohólicos, generalmente acompañada con otros métodos terapéuticos. Existen numerosos modelos alternativos para conducir terapias de grupo y hay poca información para recomendar uno más que otro. En general, el éxito de tratamiento de grupo para alcohólicos ha sido inconsistente, con una tasa promedio de mejorías del 40%. Estudios comparativos y controlados no han proporcionado un soporte para la creencia popular de que los métodos grupales representan una aproximación superior para tratar pacientes alcohólicos. Pero, si se trata de ver una ventaja en las aproximaciones de grupo, ésta sería la ventaja de costo-efectividad.

Terapia Familiar.

La terapia familiar incluye un amplio rango de aproximaciones teóricas y de intervenciones terapéuticas. Técnicas específicas han incluido un grupo concurrente para esposas de alcohólicos, reuniones de grupo familiares excluyendo al alcohólico, grupos de parejas y terapia de familias asociadas (ejem. ver a la pareja y/o a toda la familia). Además, las orientaciones teóricas que son las bases para la terapia familiar han sido diversas. Algunos investigadores han basado sus terapias en la premisa de que el alcoholismo es una causa de desacuerdos materiales como otras ven el abuso del alcohol como una consecuencia del rompimiento marital. Los modelos teóricos más recientes le han tomado menor importancia a los factores etiológicos y han puesto más el foco en el análisis operante de conductas dentro de la estructura familiar, (Finlay, 1974). El alcoholismo y el comportamiento familiar son percibidos como si fueran independientes (Dulfano, 1978; Steinglass, 1979). Steinglass y sus asociados (Davis et al., 1974; Steinglass, 1976, 1977, 1979; Steinglass, et al., 1977), han desarrollado un proyecto de investigación que incluye juntos al alcohólico -- y a su esposa en pequeños grupos, de siete a diez días. Para investigar la función adaptativa del estado de intoxicación dentro de la estructura marital, (Steinglass et al., 1977) estructuraron un programa de pacientes internos, de tal modo que durante siete de los diez días el alcohol era libremente conseguido. Los patrones de interacción de conductas durante ambos estados de intoxicación y sobriedad fueron estudiados y

y consecuentemente usados en terapias de grupo. las auto-predicciones de conductas durante la intoxicacion probaron ser totalmente indignas de confianza. Con frecuencia, eventos maritales particulares y ciertos patrones de expresi3n de afecto fueron vistos 3nicamente durante las etapas de intoxicaci3n. Steinglass, especul3 que para algunos, los estados de intoxicaci3n juegan un rol funcional en el matrimonio. Ciertas conductas que pueden ser temporalmente adaptativas pueden empezar a estar asociadas con estados de intoxicaci3n y un 3xito temporal de esa conducta puede tender a reforzar un patr3n de ingesta cr3nico. Una vez que las funciones adaptativas del estado de intoxicaci3n son conocidas, pueden idearse estrategias terap3uticas para ense1ar a la familia habilidades m3s adaptativas que ellos pueden utilizar para tratar el problema y brindarles soluciones mas duraderas.

Resumiendo: Las evaluaciones controladas de terapias familiares han proporcionado un modesto apoyo para su eficiencia en relaci3n a aproximaciones alternativas. La no asignaci3n al azar de pacientes en algunos de los estudios y la ausencia de controles apropiados (ej. control del placebo), en la mayor3a de los estudios, hacen que las conclusiones se tomen en cuenta con reservas. Las extensas teor3as y la evaluaci3n inicial sin control de Steinglass y sus asociados, sugieren que la estructura de terapia familiar es un m3todo que merece una exploraci3n futura en el tratamiento de bebedores problema. La investigaci3n de hedberg y Campbell (1974) tambi3n apoya la terapia familiar conductual como una aproximaci3n prometedora.

APROXIMACIONES DE TRATAMIENTO ORIENTADAS A "MODERACION".

Tradicionalmente, una meta singular del tratamiento del alcoholismo ha sido una completa y total abstinencia: Esta creencia sostenida ampliamente de que éste es el único propósito práctico del tratamiento, ha sido cuestionado por décadas. Recientemente, evidencias clínicas y experimentales han demostrado que algunos alcohólicos, aún siendo crónicos, pueden ser capaces de moderar, controlar sus patrones de ingesta y mantenerlos por períodos de tiempo extensos.

Históricamente, debido a la proliferación de la noción de que el abuso del alcohol estaba en función del simple condicionamiento de factores, el tratamiento conductual del alcoholismo había incluido casi exclusivamente el uso de estrategias de condicionamiento aversivo. En la actualidad las metas de tratamientos conductuales han empezado a ser más amplias, en respuesta a: 1) el incremento en los hallazgos de las investigaciones que se cuestionan un simple modelo de condicionamiento como etiológico; 2) estudios de evaluaciones controladas recientes que se cuestionan la eficacia de los procedimientos aversivos.

Una amplia variedad de estrategias de tratamientos conductuales no aversivos son ahora usadas para reducir el consumo excesivo de alcohol y para mejorar el funcionamiento social, marital y vocacional. Se ha puesto énfasis en los patrones de conducta del inicio y mantenimiento, que son alternativas e incompatibles con el consumo de alcohol excesivo.

Un mayor énfasis de la aproximación conductual, es la necesidad de una evaluación cuidadosa de la eficacia de la terapia.

Una variedad de medidas objetivas de las conductas de ingesta, marital, social, emocional y vocacional, son adquiri--das concomitantemente con el tratamiento.

Un modelo de tratamiento conductual amplio para el alco--holismo, necesita el uso de una variedad de técnicas. El ran--go de técnicas actualmente es muy amplio.

- Técnicas que disminuyen inmediatamente las propiedades de - reforzamiento del alcohol; son comúnmente usadas. Estas in--cluyen asociación aversiva o estímulo displacentero con el patrón de ingesta y con una amplia variedad de factores me--dioambientales que provocan la conducta.
- Técnicas de auto-control o auto-gobierno, para controlar el impulso y reorganizar el estímulo medioambiental asociado - con la conducta de acercarse al alcohol.
- Técnicas designadas a proveer al alcohólico de conductas sociales-emocionales incompatibles con el abuso del alcohol.- Estas incluyen el aprendizaje de formas alternativas para - tratar situaciones de stress, sociales, maritales y vocacionales.
- Técnicas que enseñan a personas significativas en el medio--ambiente a reforzar al sujeto cuando esté sobrio, y a castii



gar o ignorar el consumo excesivo de alcohol.

Las metas de tratamiento a moderación tienden a ser más flexibles que otras aproximaciones tradicionales. Esto es, una ingesta controlada, moderada más que la abstinencia, es considerada aceptable como meta terapéutica.

El concepto de ingesta moderada como una meta explícita de tratamiento fue relativamente ignorado hasta antes de 1970, cuando Loyibond y Caddy publicaron el primer reporte de investigación controlada con un procedimiento de tratamiento orientado a "moderación". En los siguientes diez años ha habido una cantidad alentadora de investigaciones bien diseñadas y controladas que evaluán la eficacia de una variedad de métodos de tratamiento que intentan producir lo que ha venido a ser llamado "ingesta controlada". (Reinert y Bowen, 1968).

Con esta inclinación ha venido un remolino de controversias. Muchas figuras tradicionales en el campo del alcoholismo han atacado fuertemente el concepto de "ingesta controlada", manteniendo que el modelo de enfermedad y una total abstinencia representan la única verdadera ayuda para los alcohólicos (Block, 1976; Fox, 1963; Gitlow, 1973). Ruth Fox (1963) ha afirmado "entre mis aproximadamente 3,000 pacientes, ninguno ha podido dirigirse a una ingesta moderada, a pesar de que casi todos han tratado de hacerlo". La publicación prematura de los resultados de la "Rand Report" (Armor et al., 1978) particularmente (y falsamente) subraya la sugerencia de que los al

cohólicos abandonaran su abstinencia exitosa, un temor que -
afortunadamente parece no haberse realizado (Hingson et al., -
1977).

Lo que estas respuestas emocionales iniciales por mucho-
tiempo fallaron en discernir es que si los alcohólicos con -
una abstinencia exitosa pueden regresar a beber o si la adop-
cion de "moderación" como una meta para algunos bebedores pro-
blema se da desde el inicio del tratamiento. (Fine, 1976).

Ninguna terapia propuesta con una orientación de modera-
ción ha propugnado su uso para todos los bebedores problema, -
tampoco (incluyendo autores de la Rand Report) sugiriendo que
los abstinentes puedan reanudar la ingesta con seguridad. Más
bien, se ha sostenido que las aproximaciones con una orienta-
ción de moderación representan una alternativa viable para algu-
nos bebedores problema.

Para cuántos? Los estudios amplios mas tempranos, de he-
cho, reconocer la presencia de no abstinentes como resultados
exitosos (Ej. Gerard & Saenger, 1962; Wallerstein, 1957). Patti-
son, Sobell y Sobell (1977) presentaron un catálogo con resul-
tados de 74 estudios de ingesta controlada. Dentro de estos -
estudios, donde la meta de tratamiento fue abstinencia, resul-
tados de ingesta controlada fueron reportados, aproximadamen-
te 12% de más de 10,000 pacientes se encontró que bebían mode-
radamente en el estudio de seguimiento. ¿La ingesta controla-
da, por lo tanto, es una meta real para únicamente 12% de los

pacientes? Tal conclusión es equivocada, ya que los programas en que estas investigaciones se basaron no estaban diseñados para enseñar una ingesta controlada, es más, estaban enfocados a la abstinencia y un pequeño porcentaje de pacientes incidentalmente empezaron a ser bebedores moderados. Nuevamente examinaron el catálogo de los estudios de Pattison, encontramos 17 estudios en los que la meta explícita de tratamiento fue moderación y se observa que el 63% de más de 1,600 pacientes fueron reportados como bebedores controlados en el estudio de seguimiento.

Pero Miller desea reenfatizar que esto no quiere decir que una ingesta controlada debería ser adoptada como una meta para todos los bebedores problema, pero lo que en adelante se tatará de desarrollar significados racionales para seleccionar la modalidad de tratamiento óptima para cada caso individual (Miller & Caddy, 1977).

Ciertamente, la abstinencia continúa siendo la recomendación más viable y conservativa para los pacientes hospitalizados, mientras estas pautas son desarrolladas a través de la investigación (V. Fox, 1976; Nathan, 1976).

Las ventajas potenciales de las terapias de ingesta controlada son varias. Muchos bebedores problema, particularmente aquellos que se encuentran en las primeras etapas de desarrollo del problema, no desean ser etiquetados como "alcohólicos" o considerar la abstinencia como una meta de tratamiento. Las aproximaciones con orientación de moderación pueden ser

más aceptables que aquéllos bebedores problema que están en las primeras etapas y pueden además ser más exitosas que otros métodos tradicionales en estos casos (Lovibond, 1975; Miller & Caddy, 1977; Miller & Joyce, 1979). Así mismo, para los pacientes que repetidamente fallan en responder a aproximaciones de abstinencia, las terapias de ingesta controlada pueden ofrecer una alternativa efectiva (Nathan, 1976). Finalmente, varios investigadores (ej., Miller & Caddy, 1977). Naggy, 1977) han sugerido que aun con aquellos clientes que se resisten, para los cuales la abstinencia es necesaria, un esfuerzo a través de un programa de ingesta controlada, puede ser de beneficio, proveyendo la evidencia más directa de que la moderación no puede ser alcanzada.

A continuación revisaremos los procedimientos de tratamiento alternativos que han surgido en los 10 años próximos pasados, como rutas hacia la moderación, entre las cuales se encuentran: entrenamiento conductual de auto-control, entrenamiento de relajación y entrenamiento de habilidades sociales, siendo éstos los que han recibido mayor atención en el tratamiento del alcoholismo.

ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL DE AUTO-CONTROL, RELAJACION
Y HABILIDADES SOCIALES.

La mayor meta en los tratamientos conductuales para el - abuso del alcohol consiste en enseñar patrones que son incompatibles con la ingesta excesiva. En situaciones que sirven - como claves para el abuso de la ingesta, el alcohólico debe - desarrollar respuestas alternativas más apropiadas. Esto es, - si a una parranda le precede una situación en la cual se siente enojada la persona pero no expresa este sentimiento apropiadamente, entonces una alternativa al beber podría ser el - responder más abierta y asertivamente. Si la ansiedad se da - como una respuesta a una situación que provoca stress y precipita la ingesta, al cliente se le podría enseñar una respuesta emocional diferente llamada relajación. A los alcohólicosse les puede enseñar alternativas para una cadena entera de - eventos que conducen a la ingesta excesiva. En lugar de socializar con amigos que son fuertes bebedores, por ejemplo, el - sujeto podría disminuir la probabilidad de su ingesta evadiendo a estos amigos y socializando con bebedores sociales y/o - abstinentes. Estas nuevas formas de respuesta no sólo permiten al individuo a evadir la ingesta excesiva sino que también a obtener más satisfacción de una vida sobria con el fin de utilizar más adaptativamente sus habilidades.

Es por eso, que el Antabuse, la administración de terapia aversiva y/o el proveer directamente de castigos medioambientales para suprimir la ingesta excesiva, es un tratamiento

to insuficiente. Si no se provee de patrones de conducta nuevos al cliente, el pronóstico para el éxito es pobre.

Esta terapéutica tiene la ventaja adicional de proveer al individuo del control sobre su forma de beber y en su vida en general. Otras técnicas conductuales, las terapias de aversión y las aproximaciones operantes se pasan en un control externo, de tal forma, que otras personas le hacen algo al sujeto para alterar su comportamiento. En algunos casos, tal control es percibido como degradante por el individuo y éste tiende a resistirse a terapias de esta naturaleza. También, ya que la mayor parte de su programa conductual puede ocurrir en la ausencia de otros para controlarlo, el éxito a largo plazo de la terapia probablemente dependa del desarrollo del "auto-control". El tema de control conductual interno Vs externo es una pregunta interesante, teórica y empíricamente -- (Thoresen y Mahoney, 1974). La falta de motivación de los alcohólicos para cambiar es por definición falta de control interno de su conducta. Es por eso, que los pasos iniciales del tratamiento deben incluir control externo para iniciar los cambios de comportamiento. Esto puede incluir: 1) coerción de la ley, de la familia o del empleo para iniciar el proceso de tratamiento; 2) un programa planeado de reforzamiento para inducir antabuse y/o 3) sistemáticamente dar premios o castigos para cambiar el comportamiento. La última y óptima meta, es ir gradualmente reemplazando el control externo y la motivación por el control interno. Esto es, el paciente por sí mis-

mo asume la responsabilidad de su comportamiento. Los tipos - de conducta que los sujetos pueden usar de esta manera son - variados.

A.- Entrenamiento Conductual de Auto-Control. (ECAC).

El entrenamiento conductual de auto-control "ECAC" (en inglés abreviado BSCT), representa una aproximación con orientación educacional para el tratamiento del problema de ingesta.

Auto-Gobierno ó Auto-Control.

En esencia éstas son respuestas dadas por el alcohólico, que disminuyen la probabilidad de beber excesivamente. Estas no sirven únicamente como alternativas al abuso del alcohol, ya que son usadas ya sea antes o después del tiempo en la que la bebida es deseada o cuando se está bebiendo.

El "auto-control" es un proceso por el cual el individuo comienza a ser el principal agente que guía, dirige y regula aquellas características de su propio comportamiento, que eventualmente pueden conducir a las consecuencias positivas - deseadas (Goldfried y Merbaum 1973).

Mientras un número de estrategias de auto-gobierno se han desarrollado, dos formas básicas son: control de estímulos y programación conductual (Thoresen y Manoney, 1974).

Control de Estímulos.

Incluye el rearreglo de claves o consecuencias medioam--

bientales para disminuir la probabilidad de la ingesta.

Mertens (1974) discute las ventajas del auto-control de un individuo que hace público el hecho de que él es alcohólico y no puede beber. Una vez que él ha hecho tal afirmación - hace que en caso de llegar a beber tenga consecuencias sociales negativas. Kanfer, Cox, Griener y Karoly (1974) han demostrado experimentalmente que a los individuos les es más fácil esperar el cambio de su conducta cuando hay un convenio o pacto, y cuando las condiciones de este convenio son hechas públicas.

Los bebedores excesivos del alcohol pueden también disminuir la probabilidad de beber:

- 1) Teniendo el vino lejos de ellos o inaccesiblemente
- 2) Teniendo actividades específicas, como el proyecto de un trabajo, leer el periódico, jugar con los niños, caminar, etc., cuando se les antoja beber.
- 3) Rehuir a las oportunidades donde saben que pueden beber excesivamente.
- 4) Socializar con abstinentes o bebedores sociales moderados.

Con relación al exceso de beber, Miller, Hersen, Eisler, Epstein y Wooten (1974) demostraron que la ingesta de los bebedores sociales está asociada con claves altamente específicas (botellas de alcohol, luz baja en una atmósfera de bar, fiestas de cocktail) pero, la ingesta de los alcohólicos está ligada a una variedad de claves no relacionadas con alcohol,-

tales como el aislamiento social o aburrimiento. Es por esto que con el fin de ganar aumento en el control de la bebida el individuo alcohólico debe ser aconsejado o advertido de beber únicamente en lugares específicos.

Consecuencias de Aversivas Finales.

Las consecuencias aversivas finales tales como malestares, pérdida de familia o pérdida del empleo, desafortunadamente ocurren mucho tiempo después de la ingesta, siendo que si fueran consecuencias inmediatas aversivas podrían influir en la disminución de la frecuencia o de la cantidad ingerida. Un método para usar estos factores como ventajas, es pedirle al cliente que enliste: 1) aquéllas consecuencias aversivas que serán ocasionadas si continúa bebiendo excesivamente y 2) las consecuencias positivas que resultarían de su abstinencia o ingesta moderada. Se le pide al cliente que escriba estas consecuencias en una tarjeta y que las lea para él mismo cuando sienta la necesidad de beber una copa. Estas consecuencias deben leerse tratando de vivenciarlas con las emociones que las acompañan, esto aumenta el poder de autocontrol. En ocasiones, se les debe aconsejar a los clientes que lean estas listas a horas específicas durante el día, ya sea que deseen o no beber una copa.

Programación Conductual.

De acuerdo a Thoresen y Mahoney (1974) el concepto de programación conductual se refiere a que el individuo reorganiza las consecuencias de su propia conducta. Básicamente esto

es similar a las aproximaciones operantes en donde el reforzamiento es dado contingentemente a la abstinencia o ingesta moderada y el castigo o retirada del reforzamiento es contingente a la ingesta excesiva. En este sentido, el individuo por sí mismo arregla y se provee con estas contingencias. Los autoreforzamientos y autocastigos pueden ser, ya sea encubiertos o abiertos.

Manejo de contingencias encubiertas.- Cautela y Upper (1975) han ideado un número de estrategias en las cuales los eventos encubiertos pueden arreglarse para seguir a la conducta de ingesta.

Sensibilización encubierta.- Como un tipo de terapia aversiva, es básicamente un procedimiento de auto-castigo. Dondequiera que el alcohólico es confrontado con la oportunidad de beber, se castigará a sí mismo encubiertamente imaginándose experiencias displacenteras tales como náusea o vómito. Por otro lado, la evitación exitosa del uso del alcohol puede seguirse con un pensamiento placentero. Este procedimiento, conocido como reforzamiento encubierto, es usualmente precedido por una serie de sesiones en las cuales se le pide al cliente que imagine que se rehusa a tomar una copa y/o escoge una bebida no alcohólica asociando ésto con un paisaje placentero imaginado también. Esta técnica es con frecuencia usada en combinación con la sensibilización encubierta. Cautela y Kastenbaum (1967) enlistaron una variedad de situaciones reforzantes. Esta lista ayuda al cliente especificándole paisa

jes agradables para imaginarlos.

Otra técnica, extinción encubierta, está basada en el principio de que cuando se retiene el reforzamiento dado a una conducta ésto conduce al decremento en la ocurrencia de ésta. En este procedimiento, se le podría pedir a un alcohólico que se imagine repetidamente consumiendo bebidas alcohólicas y experiencias negativas o sentimientos de intoxicación por este consumo. Los resultados de esta técnica no han sido reportados en el tratamiento del alcoholismo.

Mientras en un futuro la eficacia de estas técnicas es garantizada, por la naturaleza imaginativa de este proceso, se tiene dificultad en las evaluaciones objetivas, es por eso que el terapeuta debe basarse en los auto-registros del cliente.

Manejo de Contingencias Abiertas.- Un individuo también puede hacer que sigan a su conducta reforzamientos externos o eventos punitivos. Un excelente análisis paso por paso de las formas en que ésto puede ser realizado ha sido presentado por Watson y Tharpe (1972). Un sujeto puede enlistar varias de sus actividades favoritas de tal forma que éstas solamente ocurran si él se ha mantenido sobrio por un cierto término de tiempo. El alcohólico también puede arreglar que otros lo refuercen o castiguen según su conducta de ingesta.

Mantenimiento de Conducta de Auto-Control.

Un problema obvio en el área de auto-control, se refiere

a la forma en que el terapeuta inicia y mantiene estos patrones en el alcohólico.

Cómo se desarrolla un auto-control o un auto-gobierno en un individuo que se ve muy dependiente en su medio externo?.- Esta es una pregunta especialmente relevante, ya que al alcohólico supuestamente le falta auto-motivación y voluntad de poder. Como Thoresen y Mahoney (1974) dicen, éstos términos son nebulosos y añaden muy poco a nuestra habilidad para predecir y modificar el comportamiento. Más que ser una cualidad que unos tienen y otros no, el auto-control se refiere a la habilidad para distinguir y después manipular variables (ya sean encubiertas o abiertas) que influyen en el beber excesivo. Esta es una habilidad que el individuo puede aprender.

De hecho, probablemente, hay individuos con problemas crónicos de conducta que nunca han aprendido tales habilidades y por lo tanto su conducta es determinada principalmente por contingencias casuales en su medio ambiente interpersonal y/o físico.

La iniciación de estos patrones de conducta es más fácil que su mantenimiento. Es relativamente fácil determinar las contingencias que influyen en la probabilidad de ingesta o abstinencia de un individuo e instruirlo para que arregle o controle estas contingencias. Pero es difícil, asegurar que él se refuerce y se castigue a sí mismo de acuerdo al programa de su vida diaria. Un factor que complica esto es la inhabili

dad del terapeuta para evaluar qué tan bien está llevando el cliente estas conductas.

Un número de métodos está disponible para ayudar al terapeuta en la ejecución de este trabajo. La cooperación del cliente es aumentada cuando las conductas que se van a modificar junto con las contingencias que van a ser arregladas son altamente especificadas. De esta manera, el cliente siempre sabrá cuando va a premiar o a castigar su conducta. Dependiendo de la meta de tratamiento, las contingencias positivas pueden darse.

Contratos escritos, especificando las consecuencias para las conductas y la manera en que éstas serán programadas, son útiles. En este sentido, el cliente actualmente hace un contrato para sí mismo, lo firma y lo guarda en un lugar accesible. El contrato sirve como una clave para comprometerse en una conducta de auto-gobierno. La instrucción del cliente a auto-registrar su conducta, ayuda al terapeuta a evaluar y así reforzar exitosamente la aplicación del auto-control. El cliente podría registrar no sólo los episodios de ingesta y/o el número y clase de bebida, sino también las ocasiones en que tuvo la oportunidad de premiarse o castigarse y cuando él implementó estas consecuencias. El auto-registro sirve como un aparato de auto-control, el cual puede disminuir la probabilidad de una ingesta excesiva.

Como se ha visto, las técnicas de Auto-Control son programas terapéuticos que consisten en que el paciente establez

ca cuál es la concentración de alcohol que puede ingerir en forma óptima. Estas técnicas de auto-control cada vez tienen más importancia, ya que se aplican a un sinnúmero de problemas, tales como, tabaquismo, obesidad, y como ya se mencionó para el problema del alcoholismo.

A estas técnicas de auto-control se añaden técnicas de auto-registro, ya que las segundas tienen como principio básico la retroinformación. El auto-registro tiene características similares a la confrontación (cuando el terapeuta confronta al sujeto con cierta información que él está evadiendo; --ésto se lleva a cabo contrarestando los mecanismos de defensa que el paciente está utilizando. Se le presiona al sujeto a manejar la información que está evadiendo) y le da más información sobre una variable para estar en mejores condiciones para resolver un problema.

El auto-registro tiene como objeto el que el ser humano maneje más información sobre su problema para tener más control de éste.

A pesar de que el contenido específico de los programas ha variado de un clínico a otro, las aproximaciones de entrenamiento conductual de auto-control, generalmente tienen en común las siguientes características.

- Un programa educacional designado para ayudar a los individuos a adquirir y mantener un nivel de ingesta moderado y sin problemas.

- Generalmente, se ofrece a pacientes internos.
- Con una variedad de formas de presentación, incluyendo grupo, individual y biblioterapia.

En comparación con otras aproximaciones alternativas descritas con anterioridad, el entrenamiento conductual de auto-control no requiere de algún equipo especial, puede ser conducido en cualquier cuarto de asesoría o salón de clases, y no requiere del consumo de bebidas alcohólicas dentro del tratamiento. Es también, por estas razones que el entrenamiento conductual de auto-control tiene una aplicabilidad directa en los esfuerzos dirigidos a la prevención del problema de ingesta.

Miller y sus colegas (Hamburg et al., 1977; Miller, 1977 - 1978a. b; Miller y Muñoz, 1976) han desarrollado y descrito un programa amplio de entrenamiento conductual de autocontrol, que incluye los siguientes elementos:

- a) Establecimiento de la meta, la determinación de los límites específicos y apropiados para el consumo de alcohol, basados en el conocimiento actual de los efectos del etanol en el organismo y el comportamiento e incluyendo entrenamiento de claves externas para conocer la concentración de alcohol en la sangre.
- b) Auto-registro del consumo de alcohol.
- c) Entrenamiento del control de tasa, diseñado para alterar al topografía de la conducta de ingesta, usando ...

reglas similares a aquellas descritas por Sobell y - Sobell (1973).

- d) Entrenamiento de auto-reforzamiento para fortalecer el progreso, adquirido.
- e) Análisis funcional de la conducta de ingesta, con entrenamiento en procedimientos para controlar estímulos.
- f) Entrenamientos alternativos, diseñados para enseñar habilidades para hacer frente a situaciones que con anterioridad se presentaron y se ingirió alcohol para enfrentarlas (Miller & Mastria, 1977).

Este programa ha sido evaluado en una serie de 5 estudios, conducidos durante un período de seis años, en los Estados de Oregón, California y Nuevo México.

En el primero de estos estudios (Miller, 1978a), no se encontraron diferencias significativas en la efectividad entre el entrenamiento conductual de auto-control (BSCT) y dos programas alternativos, uno basado en un condicionamiento eléctrico aversivo y el otro, un programa multimodal complejo incorporando técnicas de Lovibond y Caddy (1970) y Sobell y Sobell (1973b) que requieren por lo menos tres veces más de con tacto terapeútico. En los tres programas se encontró una mejo ría substancial en los clientes con problema de ingesta duran te un año de seguimiento.

En el segundo estudio (Miller, Gribskow & Mortell, in - press), compararon dos aproximaciones diferentes con el BSCT; una condición de biblioterapia (mínimo contacto terapéutico) y una condición de terapia-administrada incluyendo diez semanas de sesiones individuales con un para-profesional. Nuevamente, no se encontraron diferencias significativas, los tres grupos mostraron buena mejoría durante los tres meses de seguimiento.

En el tercero, se llevó a cabo un estudio piloto sin control de BSCT, conducido por Miller, Pechacek y Hamburg (in -- press), ofrecido dentro de un salón de clases y encontraron - una tasa de mejoría comparable a la de los dos estudios anteriores.

El cuarto estudio, (Miller & Taylor, 1980) intentaron replicar los resultados obtenidos en los tres estudios anteriores, asignando a bebedores problema a una de las tres condiciones siguientes: 1) BSCT - biblioterapia; 2) BSCT - terapia individual; 3) BSCT más entrenamiento de relajación en terapia de grupo. Con el seguimiento de estos estudios (uno y dos años) se confirman los resultados anteriores de que no existe una diferencia significativa en la mejoría de estos tres grupos, habiéndose obtenido una tasa de mejoría de aproximadamente el 70%.

En el quinto y más reciente estudio, Miller, Taylor y - West (in press) compararon BSCT con biblioterapia y BSCT con con

terapia individual con dos terapias conductuales más extensas de amplio-espectro. Los resultados preliminares (seis meses de seguimiento), nuevamente sugieren una mejoría significativa en todos los grupos.

De esta manera, en estos estudios se puede observar, que varias aproximaciones de BSCT han producido una mejoría total de aproximadamente el 70%, con pocas diferencias aún entre formas alternativas de BSCT y BSCT y otras aproximaciones con frecuencia más extensas.

Estos resultados señalan una posible ventaja de costo-efectividad para los métodos de entrenamiento conductual de auto-control y, particularmente, para aquéllos que incluyen un mínimo contacto terapéutico.

Resumiendo: BSCT parece ser una aproximación prometedora en la enseñanza de una ingesta controlada para bebedores problema. Tasas de mejoría consistentemente remarcables entre el 60% y 80% han sido encontradas en las diversas localidades, como Pensylvania, Oregón, Australia, California, Nuevo México y Vancouver. La población de pacientes ha variado ampliamente en lo que se refiere al nivel socioeconómico y a la clase de pacientes (internos y externos). Debe hacerse notar que, sin embargo, ninguno de los estudios revisados anteriormente han incluido asignación al azar, ni grupos de control en el tratamiento, por lo cual, las tasas de mejoría asignadas arriba a pesar de ser alentadoras no pueden atribuirse con toda seguri

dad a los componentes específicos del BSCT, ya que no está claro aún cual de todos los componentes del BSCT es necesario o suficiente para producir la mejoría en los bebedores problema. De cualquier manera, los clientes, de las clínicas de los autores de estas investigaciones han reportado consistentemente que el auto-registro ha sido una de las partes más valiosas para ellos en el programa, ya que los ayuda a estar al pendiente de la cantidad de alcohol que ingieren. La validez del auto-registro aislado falta ser confirmada por investigaciones experimentales controladas (cf Kennedy et al., 1978; Sobell & Sobell, 1973a).

Por una variedad de razones, el BSCT puede ser valioso en la prevención del problema de ingesta (Miller & Caddy, 1977; Pomerleau et al., 1976; Vogler & Caddy, 1973). Esta aproximación es tratable con varias formas de educación y por lo tanto, puede proporcionarse a personas que se encuentran en las primeras etapas de desarrollo del problema sin la necesidad de ser etiquetados. Muchos de los componentes del BSCT (Ej. auto-registro) son actualmente aplicados dentro de un programa de auto-ayuda (Miller, 1978b; Miller y Muñoz, 1976). Finalmente, el BSCT enfocado hacia una ingesta moderada, puede ser aceptable en las primeras etapas del problema de ingesta, cuando los individuos puedan no ser receptivos a otras aproximaciones que requieran auto etiquetación como "alcoholicos" o que concomitantemente no desean una total abstinencia.

Auto-Ayuda.

Todas las aproximaciones que hemos mencionado anterior--

mente (con la excepción parcial de A.A.), han incluido un -- proceso formal de tratamiento que requiere que el paciente re conozca que tiene un problema. No se tiene idea de cuántas - personas han enfrentado con éxito su problema de ingesta exce siva por sí mismas. La mayoría de la gente que acude a trata- miento ha tomado algunas medidas para resolver su problema -- antes de buscar una ayuda formal. ¿Qué se sabe acerca de la - eficacia de los métodos de auto-ayuda? Numerosos libros de -- auto-ayuda para alcohólicos y sus familiares han sido publica- dos, generalmente con una meta clara de total abstinencia - - (Ej. A.A.1975; Maxwell, 1976; Weston, 1964), además, los mate- riales de auto-ayuda orientados a moderación también han empe- zado a aparecer (Amit, et al.,1977; Mertens, 1972; Miller y - Muñoz,1976; Robbins y Fisher, 1973; Winters,1977). Se ha in- crementado el interés profesional en la "biblioterapia" o en "terapias no prescritas", pero aún poca investigación ha sido dedicada a la evaluación de tales aproximaciones de tratamien- to de auto-ayuda (Glasgow & Rosen, 1978; Rosen,1976).

En las investigaciones clínicas en Oregón y Nuevo México se ha usado la biblioterapia -simplemente proveyendo al clien- te de un manual (Miller y Muñoz,1976) y otros materiales de - auto-ayuda, tales como tarjetas de auto-registro y un grupo - pequeño de tratamiento controlado para comparar la eficacia - de éste con otras aproximaciones. El interés de Miller y Muñoz aumentó cuando encontraron que el proveer al cliente de un - manual parecía ser valioso para ayudarlo a mantener el benefi

cio que él había obtenido durante el tratamiento (Miller, - - 1978a). En tres estudios comparativos de tratamientos subse--cuentes (Miller, Gribskow & Mortell, in press; Miller & Tay--loy, 1980; Miller et al., in press) encontraron que los clientes asignados al azar a una condición de auto-ayuda mostraron beneficios significativos en el control de su ingesta excesiva, con tasas de mejoría que oscilan entre el 50% y 80%. Además encontraron relativamente poca diferencia en la efectividad entre la terapia auto-administrada y la terapia administrada por un terapeuta, del mismo tratamiento (entrenamiento conductual de auto-control) en los tres estudios. Pero, debido a que estos diseños no incluyeron condiciones de no-tratamiento, no se puede tener la seguridad de qué tanto de la --mejoría fue debida a los materiales que se dieron y qué tanto la mejoría fue debida a la decisión de cada uno para hacer --algo por su problema. Todas las personas que fueron incluidas en estos estudios, fueron gente que acudió a estas clínicas a buscar ayuda, es por ésto que etos ejemplos probablemente noson representativos para la gente que acude únicamente a comprar a las librerías estos materiales.

En un estudio similar, Edwards y sus colegas (1977) encontraron que una sesión de consejo (básicametne decirle al cliente que debería ser responsable para lograr un cambio ensu patrón de ingesta) no fue significativamente menos efectiva que un programa de tratamiento tradicional, incluyendo A.-A., psicoterapia de grupo y farmacoterapia. Otros investigado

res también encontraron poca diferencia entre intervenciones mínimas y extensas. Se cree que las intervenciones de auto-ayuda merecen futuras investigaciones, particularmente por su bajo costo y por su disponibilidad para los individuos que se encuentran en las primeras etapas de desarrollo del problema, sin tener que buscar un tratamiento o aceptar ser etiquetados.

B. ENTRENAMIENTO DE RELAJACION.

Es un hecho aceptado, pero no establecido, que muchos bebedores problema usan el alcohol como un instrumento para enfrentar o tratar ciertos problemas de la vida. El alcohol también es frecuentemente descrito como un escape o como un método para enfrentar la depresión ó la frustración.

Algunos alcohólicos, posiblemente los jóvenes menos crónicos, pueden beber excesivamente con la intención de reducir la tensión y la ansiedad. Wisocki (1969) encontró que los alcohólicos subjetivamente reportaban ansiedad en relación al miedo, fracaso, equivocaciones, sentimientos de desapruero y sentimientos de rechazo. Estos estados emocionales sirven como claves para provocar una ingesta excesiva.

La relación entre stress fisiológico y abuso del alcohol es extremadamente compleja, y hasta la fecha no ha sido delineada con bases experimentales (Allman, Taylor y Nathan, 1972; Higgins y Marlatt, 1974; Miller, Hersen, Eisler y Hilsman, 1974).

Verdaderamente, el alcohol es un medicamento pobremente

apto para tratar estos problemas. En la mayoría de los casos éste más bien agrava el estado emocional negativo (tales como tensión y depresión que quitarlo, y el escape con una ingesta excesiva acarréa un número claro de efectos secundarios negativos. Lo que es peor, parece ser que los bebedores tienden a recordar selectivamente únicamente los efectos emocionales positivos tempranos y no los estados de malestar que se originan con los altos niveles de alcohol en la sangre (Allman, et al., 1972; Mendelson et al., 1964; Steffen et al., 1974; Tamarin & Mendelson 1969).

Si el alcohol es usado inteligentemente o no, como un mecanismo para hacer frente, parece ser razonable entonces una estrategia para disminuir la dependencia psicológica de la ingesta y que enseñe al individuo habilidades alternativas para enfrentarse a las situaciones que provocan stress (Bandura, 1969).

Los terapeutas conductuales han desarrollado un amplio rango de métodos relevantes de auto-control que podrían enseñarse a bebedores problema (Miller & Mastria, 1977; Miller & Muñoz, 1976).

Estas habilidades son igualmente aceptables cuando la meta de tratamiento es abstinencia o moderación. Las dos áreas principales de entrenamiento de alternativas son: a) entrenamiento de relajación y desensibilización sistemática; y b) entrenamiento de habilidades sociales.

Entrenamiento de relajación.- El entrenamiento de relajación ha sido usado para ayudar a la gente a: 1) reducir ansiedad; 2) reducir la necesidad y urgencia de beber; 3) poder conciliar el sueño más fácilmente; 4) tratar con factores medioambientales específicos que traen como consecuencia ansiedad (Miller y Mastria,1977). El entrenamiento de relajación a pacientes con problemas de ansiedad no es nuevo (Jacobson - 1938).

El entrenamiento de relajación incluye un proceso en el cual, durante una serie de sesiones el cliente es enseñado a relajarse, muscular y cognitivamente, por completo. Grupos de músculos (faciales, bisceps, tríceps, espalda, cuello, piernas y pies) son tensionados individualmente y después gradualmente relajados. Sugerencias, apoyo y reforzamiento verbal son proporcionados por el terapeuta para hacer sentir al cliente capaz de contraer y relajar sus músculos como él desea. Concomitantemente, se le pide al cliente que imagine un paisaje placentero descrito por el terapeuta. Además, se le pide al cliente que practique esta relajación en casa, cuando desee evitar o suprimir tensión.

En los estudios realizados por Parker et al., 1978a; Miller y Taylor,1980, se encontraron resultados de una modesta mejoría en los alcohólicos ayudados con el entrenamiento de relajación.

Resumiendo: Estudios controlados que evaluaron el entrenamiento

to de relajación, han reportado incrementos pequeños en la me
joría de los pacientes como resultado de éste. En base a una_
investigación muy limitada, parece ser que ningún procedimient
o de relajación es significativamente mejor que otro. Aunque
lógicamente el entrenamiento de relajación parece ser un trat
amiento apropiado para bebedores problema (Hartman,1973), -
los datos indican que su contribución es probablemente modesta.

Desensibilización sistemática.- Comúnmente, el entrenam
iento de relajación no es usado sólo, sino como parte de la_
desensibilización sistemática.

La desensibilización sistemática (Wolpe,1973) consiste -
en asociar situaciones que producen ansiedad, ya sea imaginar
iamente o en vivo, con relajación. El cliente (generalmente_
con la ayuda del terapeuta) delimita las situaciones que prov
ocan stress (ansiedad) y las jerarquiza, de la que produce -
menor a mayor ansiedad. El cliente habiendo aprendido una téc
nica de relajación, se le presentan los ítems jerarquizados_
mientras se encuentra relajado, empezando con el ítem que pro
voca menor stress. Si durante este procedimiento el cliente -
dá señales de que se está sintiendo tenso, el terapeuta lo -
ayuda a relajarse hasta que él pueda continuar nuevamente sin
sentirse tenso. El tratamiento generalmente termina cuando el
cliente pueda imaginar aquéllo que antes del tratamiento era_
la escena que producía mayor stress y pueda estar relajado y
calmado mientras lo hace. Algunas veces el tratamiento se ex
tiende, para incluir la desensibilización en vivo, en la cual

el cliente emite las conductas mientras se encuentra en un estado de relajamiento.

Los datos de los resultados de tratamiento con desensibilización sistemática, son más prometedores que aquellos con únicamente entrenamiento de relajación. Pero este optimismo debe tomarse con cuidado, ya que éste se encuentra basado en un número pequeño de hallazgos positivos. Sin embargo, la desensibilización sistemática puede ser de algún valor como un componente de los programas de tratamiento multimodales para bebedores problema.

C. Entrenamiento de Habilidades Sociales.

Dentro del contexto de tratamiento de alcohólicos y pacientes psiquiátricos, el entrenamiento de habilidades sociales y el entrenamiento de asertividad han sido usados frecuentemente a pesar de que el entrenamiento de asertividad puede ser visto más apropiadamente como un paso para el entrenamiento de habilidades sociales.

La asertividad ha sido descrita como la habilidad para expresar apropiadamente los derechos y sentimientos personales, ambos positivos y negativos, en la presencia de otros (Herson y Miller, 1973). Esto incluye una amplia variedad de respuestas, incluyendo las expresiones de desacuerdo con algunas opiniones, enojo, amor y afección, negarse cuando se infringen nuestros derechos. Los déficits en estas habilidades con frecuencia causan problemas intra e interpersonales, los

cuales engendran una variedad de respuestas mal adaptativas, como: depresión, aislamiento social, resentimiento crónico, -- abuso de drogas y de alcohol, fobias sociales.

Sturgis, Calhoun y Best (1979) encontraron que los alcohólicos que salieron altos en la escala de asertividad de un autoreporte se ajustaron mejor que aquéllos que salieron en esta escala bajos y así mismo, se reportó que éstos estaban - más ansiosos de cualquier manera, el estudio de Sturgis et al ., (1979), sugiere que el entrenamiento de asertividad para algunos alcohólicos puede resultar como un efecto del "halo" en otras áreas de funcionamiento intrapersonal e interpersonal. - La prueba de esta hipótesis, sin embargo, debe venir de investigaciones experimentales más que de datos correlacionales.

Algunos programas conductuales han incluido el entrenamiento de asertividad (Hedberg & Campbell, 1974; Miller, Pechacek & Hamburg, in press; Miller, Stanford & Hemphiel, 1974; - Sobell & Sobell, 1973b; Vogler, Compton & Weissbach, 1975). Por la falta de grupos experimentales que no recibieron entrenamiento de asertividad, estos estudios no son capaces de proporcionar datos de su relativa efectividad.

Los resultados de las investigaciones que se han realizado hasta 1979, generalmente apoyan la utilidad de enseñar a - los bebedores problema una asertividad más efectiva y habilidades para resolver problemas.

La pregunta que queda es, si el entrenamiento de habilidades es de beneficio general o es de beneficio diferente -

para cierto tipo de bebedores problema. Hamilton y Maisto -- (1979) compararon cuatro diferentes ejemplos de mujeres alcohólicas con un grupo control no alcohólico, y no encontró diferencias en la asertividad. Sin embargo, se reportó que los alcohólicos mostraron un gran disgusto en las escenas que requerían una aserción negativa (Ej. negarse a una petición). Estos resultados sugieren que la práctica de aserción para alcohólicos pueden funcionar más como un procedimiento de desensibilización que como uno de adquisición de nuevas habilidades.

De cualquier manera, la práctica de habilidades parece ser de algún beneficio en el tratamiento de bebedores problema (Vas Hasselt et al., 1978). El entrenamiento de ciertas conductas asertivas específicas (Ej. rehusar copas) puede ser usado. (Foy et al., 1976).

El entrenamiento de asertividad es clínicamente significativo en el tratamiento del alcoholismo, ya que la inhabilidad del individuo para enfrentar situaciones que requieren conductas asertivas, a menudo ocasionan episodios de excesiva ingesta.

A continuación mencionaremos otras aproximaciones de tratamiento también orientadas a moderación.

D. ENTRENAMIENTO DE DISCRIMINACION DE LA CONCENTRACION DE ALCOHOL EN LA SANGRE (CAS).

La concentración de alcohol en la sangre "CAS" (en inglés abreviado BAC), es una variable crítica en las investigacio--

nes del alcohol y su tratamiento (Mattews & Miller, 1979), éste refleja con mayor exactitud el grado de intoxicación y el impacto en el organismo, que como lo hacen los datos aislados del consumo.

La información que se refiere a las relaciones entre BAC consumo de alcohol y los probables efectos conductuales, ha sido parte de muchos programas educacionales y de tratamiento para bebedores problema.

Claves Internas.- Una aproximación para enseñar la concentración de alcohol en la sangre ha sido llamada "Entrenamiento de Discriminación de la Concentración de Alcohol en la Sangre". En este método, el análisis de la exhalación del cliente así como el intoxicímetro, han sido usados como medios de biofeedback para dar información a los individuos con respecto a su nivel de concentración de alcohol en la sangre (BAC). En el procedimiento típico, el cliente consume bebidas con una concentración de alcohol que desconoce y recibe periódicamente retroalimentación de su concentración de alcohol en la sangre (BAC). Se le pide al cliente que ponga atención a las claves propioceptivas sutiles y a otras internas con el fin de establecer una relación entre estos signos y los niveles de concentración de alcohol en la sangre. (En otras palabras, se le pide al cliente que ponga atención en sus propios estados idiosincráticos emocionales y/o fisiológicos, como por ejemplo, adormecimiento, hormi-

gueo facial, etc., asociándolos con varias concentraciones de alcohol en la sangre).

Cuando el entrenamiento termina, se supone que el individuo es capaz de discriminar su nivel de alcohol en la sangre mientras bebe sin tener retroalimentación.

Lovibond y Caddy introdujeron este procedimiento de entrenamiento de claves internas comparándolo con un programa de tratamiento multimodal diseñado para enseñar una ingesta controlada. Las tasas de mejoría en su estudio inicial fueron del 86% en doce meses y el 59% en 24 meses. Estos investigadores obtuvieron sus resultados originales en dos estudios más (Caddy & Lovibond, 1976; Lovibond, 1975), encontrando además comparables los programas de tratamiento multimodales con tasas del 80% y 85% a 6 y 9 meses de seguimiento, respectivamente.

Otras dos investigaciones fallaron en la obtención de estos resultados exitosos (Ewing & Rouse, 1976; Maywell et al., 1974) pero estos estudios fueron criticados por su metodología (Caddy, 1975; Sobell & , 1978).

Por otro lado, Silverstein, Nathan y Taylor (1974) no pudieron lograr que cuatro alcohólicos pudieran discriminar con exactitud el nivel y reportaron que la habilidad de discriminación en los alcohólicos se deterioraba cuando no se les daba la retroalimentación. Lansky, Nathan y Lawson (1978) reportaron una falla similar con el entrenamiento a alcohólicos con el procedimiento de claves --

internas.

Estos estudios sugieren la posibilidad de una diferencia en la habilidad de discriminar entre los sujetos alcohólicos y no-alcohólicos (Rowan,1978). Lansky, Nathan, Er-sner-Hershfield y Lipscomb (1978) utilizaron un análisis correlacional para estudiar la habilidad de los alcohóli-cos y no-alcohólicos para discriminar las fluctuaciones de concentración de alcohol en la sangre y encontraron - que efectivamente los sujetos no alcohólicos son más ca-páces de registrar sus cambios de BAC que los alcohóli-cos; estos resultados pueden tener implicaciones intere-santes en la etiología del alcoholismo (Caddy,1978).

Dos estudios que emplearon el efecto placebo en sus dise-ños han contribuído con la información que se tiene res-pecto al entrenamiento de claves internas. Maisto y Adess (1971) permitieron que sujetos que eran fuertes bebedo-res observaran como eran mezcladas las bebidas pero no - les permitieron observar como el vodka fue sustituido - por agua por algunos sujetos. Ellos encontraron que las estimaciones de la concentración de alcohol en la sangre fueron exactamente únicamente cuando el contenido de al-cohol y la expectación del cliente eran consistentes. Los sujetos que creyeron estar consumiendo alcohol pero ver-daderamente no lo estaba haciendo, dieron estimaciones - de la concentración de alcohol en la sangre similares a - las de aquellos sujetos que verdaderamente recibieron - alcohol.

Claves Externas.- Si el entrenamiento de claves internas no es efectivo para ayudar a la gente a discriminar la concentración de alcohol en la sangre, entónces qué entrena miento puede dárseles? Estas contestaciones pueden recaer en una aproximación alternativa conocida como "entrena- - miento de claves externas". En esta aproximación se pro- veé al individuo de una tabla de concentración de alco- hol en la sangre (Mattews & Miller, 1979; Miller & Muñoz, 1976), con un dispositivo para calcular (Compton & Vo- - gler 1974) o con algunas reglas simples de matemáticas - para estimar la BAC, basándose en la cantidad de alcohol consumido, el tiempo transcurrido y el peso de la perso- na.

Muchos clínicos han incluido entrenamiento de claves ex- ternas más que internas dentro de sus programas de trata- miento multimodales dirigidos a conseguir una ingesta - controlada y han reportado tasas de mejoría comparables_ a aquéllas de los programas multimodales que han inclui- do procedimientos de claves internas (Alden, 1978; Miller 1977, 1978a, 1978b; Miller & Taylor 1980; Miller et al., in pres; Pomerleau et al., 1978; Sobell & Sobell, 1973a, - 1973b; Vogler et al., 1976; 1977a, 1977b).

Lansky, Nathan y Lawson (1978) compararon la estimación_ exacta de la BAC de alcohólicos entrenados únicamente - con procedimientos de claves internas con aquéllas de - alcohólicos solamente entrenados con métodos de claves -

externas. Estos investigadores observaron que cuando la retroalimentación de la BAC no se daba únicamente los alcohólicos entrenados con los métodos de claves externas eran capaces de mantener con exactitud las estimaciones de la BAC durante las ingestas subsecuentes.

Esto parece indicar que los no-alcohólicos, es decir, los bebedores moderados, son capaces de aprender la discriminación de la BAC ya sea con el entrenamiento de claves externas o internas, y que los alcohólicos y posiblemente los fuertes bebedores se benefician únicamente con el entrenamiento de claves externas.

Resumiendo: EL entrenamiento de claves externas para la discriminación de la BAC parece ser un componente valioso dentro de los programas de tratamiento multimodales donde la meta es una ingesta controlada, a pesar de que es aún poco claro, si este componente es necesario para estos programas. El entrenamiento de claves externas es fácilmente integrable a otros procedimientos de tratamiento con orientaciones de moderación tales como el auto-registro (Matthews & Miller, 1979). Ciertamente, el entrenamiento de claves externas es preferible al de claves internas para la mayoría de los bebedores problema, porque; a) el entrenamiento de claves internas incluye el uso de un equipo caro y requiere del consumo de alcohol durante el establecimiento de claves externas es un simple procedimiento de asesoría; b) no hay evidencia -

para sugerir que el entrenamiento de claves internas proporcione una efectividad superior al de claves externas; y c) cuando menos pocos de los bebedores problema pueden ser capaces de beneficiarse con el entrenamiento de claves externas pero no con el de claves internas. Una limitación en el entrenamiento de claves externas actualmente, es nuestra modesta habilidad para predecir la discriminación de BAC con claves externas.

E. Retroalimentación con Videotape.

La posible aplicación de la grabadora a los procesos de tratamiento fue reconocido y explorada casi desde que la tecnología empezó a ser disponible.

el uso de audio-grabadora como auto-confrontación para los pacientes se inició desde los 40's. El trabajo pionero con video-grabadora como auto-confrontación fue realizado en los 50's (Bailey & Sowder, 1970). Los usos de la video-grabadora en el tratamiento del alcoholismo han sido variados y generalmente se pueden dividir en cuatro clases: (a) grabación de una entrevista intensiva (sin alcohol o una dosis moderada), que explora material dinámico significativo y revisando la grabación con el cliente posteriormente (Feinstein & Tamerín, 1972; Paredes et al., 1969); (b) Mostrando entrevistas grabadas con "pacientes modelo" que experimentaron resultados exitosos (Baker et al., 1975; Greer & Callis, 1975); (c) usando video-grabaciones de retroalimentación como una ayuda en ejerci

cios conductuales y en entrenamietno de habilidades sociales- (Scherer & Freedberg,1976); y (d) grabando a alcohólicos en etapas avanzadas de intoxicación o con el síndrome de absti-nencia y viendo la grabación posteriormente para confrontar a los pacientes (ya sobrios) con la severidad de sus síntomas - alcohólicos, que son típicamente olvidados o negados (Faia &- Shean,1976; Schaefer et al.,1971).

Los datos que se tienen son insuficientes para determinar si los alcohólicos son beneficiados con el uso de video-graba-ciones acompañadas a la psicoterapia, para proveer modelos de afrenta o para proporcionar retroalimentación en la ayuda de - ejercicios conductuales. Datos de cuatro estudios bien contro-lados son consistentes en sugerir una modesta ventaja pero ge-neralmente no significativa cuando la video grabación se in-clude en programas de tratamiento multimodales, grbando con-ductas de intoxicación para auto-confrontar a los pacientes.- La contribución del componente de video-grabación en un pro-grama de tratamiento multimodal es difícil de juzgarse. Una - alta tasa de deserción similar a la de la psicoterapia inten-siva y confrontativa, parece ser característica. Ciertamente, la video-grabación para la auto-confrontación puede ser una - experiencia poderosamente aversiva y el potencial de daño a - los pacientes debe ser considerado (Bailey & Sowder,1970); -- Baker et al., 1975; Feinstein & Tamerin,1972; Paredes et al., 1969; Schaefer et al.,1971).

F. Terapias Cognitivas.

Con la aparición de las aproximaciones de tratamientos conductuales, el interés en las percepciones personales y en la estructura y procesos cognitivos declinó. En los años recientes, sin embargo, el interés ha sido revivido y el impacto de las cogniciones individuales en las conductas han sido retomadas en consideración (Beck, 1976; Meichenbam, 1977). Kirkpartrick (1978), por ejemplo, ha hecho extensivo el uso de conceptos racionales emotivos en su programa innovativo "Woman for Sobriety". La mezcla de aproximaciones cognitivas y terapia conductual ha venido a ser llamada modificación cognitiva-conductual (en inglés abreviada CBM). La cantidad de importancia puesta en cogniciones y conductas varía. Bransman, Maultsby y Welsh (in press) suscribieron la perspectiva de "terapia racional-emotiva", en la cual cogniciones o auto-affirmaciones son vistas como la causa de desórdenes emocionales y fisiológicos. Otras posiciones han sido asumidas para tener un balance entre procesos cognitivos e influencias medio ambientales en la conducta (Meyers, et al., 1976; Sanchez-Crain & Walker, 1974).

Los resultados de los estudios referentes a aproximaciones cognitivas en el tratamiento de bebedores problema son insuficientes actualmente para sacar conclusiones substanciales. La aparente efectividad de tales aproximaciones en otras áreas problema, sugieren que su aplicación con bebedores problema debería seguir explorándose.

G. APROXIMACIONES OPERANTES.

En los tempranos 70's los psicólogos conductuales empezaron a investigar la influencia de las contingencias medioambientales en la conducta de ingesta de los alcohólicos. Esta investigación generalmente es llamada "operante", ya que examina los factores medioambientales que operan para influenciar el comportamiento. De particular interés son las contingencias medioambientales que sirven para premiar o castigar una respuesta particular, en este caso, la ingesta.

Dos principales proyectos han examinado cómo diferentes contingencias medioambientales afectan la ingesta en los alcohólicos. La primera de esta serie de estudios, conducidos por Bigelow, Cohen, Liesbon & Faillace & Aile, (1971). En un paradigma, estos investigadores permitieron que los alcohólicos bebieran, pero si ellos deseaban beber más de 5 onzas de alcohol diariamente, ellos eran restringidos a un medioambiente "empobrecedor". Bajo esta contingencia, los alcohólicos limitaron significativamente su consumo en comparación a cuando esta contingencia no se efectuaba.

Estos estudios fueron los primeros en demostrar que, cuando menos bajo condiciones controladas, alcohólicos diagnosticados eran capaces de ejercer algún control voluntario sobre la cantidad y patrón del consumo de alcohol. Otros estudios han proporcionado datos adicionales para apoyar la modi-

pacientes tratados, 120 (48%) fueron abstinentes durante los dos años de seguimiento. Los pacientes que se habrían abstenido en el primero y último día en que tenía el alcohol disponible, se encontró que seguían haciéndolo tan bien como aquellos que se habían abstenido al término del tratamiento. Los abstinentes y bebedores moderados, mostraron resultados más favorables que aquéllos que bebieron fuertemente durante el programa.

En otro estudio, Miller, Hersen, Eisler y Watts (1974) administraron pruebas de exhalación a un alcohólico en su medio ambiente natural. Las pruebas fueron aplicadas al azar y el paciente recibía como premio dinero cuando su exhalación no olía a alcohol.

Una clase adicional de influencia medioambiental relevante aquí (incluye a los amigos del paciente) es el "modelamiento". Varios estudios recientes han mostrado que la cantidad y/o el patrón de alguien que bebe, es fuertemente afectado por la conducta de ingesta de aquéllos alrededor de él o ella (Caudill & Marlatt, 1975; Reid, 1978). Lied y Marlatt (1979) encontraron que bebedores sociales fuertes estaban más influenciados por modelos de fuerte-ingesta que aquéllos bebedores sociales moderados. Es por ésto, que los programas diseñados para modificar la conducta de ingesta harán bien en considerar la importancia de las influencias del modelamiento en el medioambiente de sus clientes (Ej. hábitos de ingesta de amigos y familiares).

Resumiendo: Las investigaciones operantes han demostrado claramente que una variedad de factores medioambientales influyen en la conducta de ingesta. El consumo de alcohol puede ser modificado por un reforzamiento o castigo contingente, así como por el modelamiento. El desafío en poner en uso esta aproximación para tratamiento, es el modificar exitosamente el medioambiente, de tal modo que los cambios puedan generalizarse más allá del establecimiento del tratamiento. El hacer disponible el alcohol dentro del tratamiento, puede permitir a los bebedores problema hacerse responsables de sus decisiones de ingesta y desarrollar habilidades para hacer frente a aquellas situaciones que comúnmente lo orillan a beber y que son útiles cuando el alcohol está disponible en sus medios naturales. Los reportes de los resultados de las investigaciones con métodos operantes han sido consistentemente positivos cuando el bebedor problema es directamente incluido en tratamiento, pero los estudios controlados han sido pocos.

H. ACCIONES PREVENTIVAS

Enfrentar el problema del alcoholismo no es fácil, no basta con responsabilizar a una estructura para efectuar el programa contra el alcoholismo, se requiere de la participación de todos los sectores, de cada grupo organizado, de cada familia y en suma de todos los individuos. Pero, para que participen necesitan estar enterados de la magnitud del problema, de sus trascendencia y de su costo social. Se requiere que nos concienticemos y hagamos a un lado intereses personales y de

grupo; se requiere de un cambio de conducta y actitudes que -
rectifiquen nuestras características culturales, que se mode-
re y racionalice el consumo, buscando un mejor equilibrio. --
Para ello, se ha formado el Consejo Nacional Antialcohólico,-
que convoca a todos los sectores y encabeza la Secretaría de_
Salubridad y Asistencia, este Consejo debe facilitar la coor-
dinación con organismos afines para llevar a cabo acciones -
educativas a todos los niveles, proponer reglamentación a la
venta y al consumo, restricciones a la publicidad, contribuir
a la prestación de servicios preventivos y curativos, a la --
rehabilitación física y social de los alcohólicos, promover -
la investigación pertinente, y en general, mejorar el estado_
de salud de la población, pero es indudable que es la socie--
dad la que puede lograr un cambio, si acepta la responsabili--
dad que le toca en el desarrollo sano de México y en la conso-
lidación de su destino.

FACTORES RELACIONADOS CON EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO.

La búsqueda de predictores de respuesta generales al tratamiento del alcoholismo ha sido larga y extensa. Afortunadamente algunas personas han proporcionado revisiones informativas de esta literatura (Armor et al., 1978; Baekeland, 1977; - Bransusma et al., in press; Gieb & Flanagan, 1977. Es suficiente, con decir que no se han encontrado diferencias consistentemente individuales para predecir los resultados no obstante las mencionadas más frecuentemente son variables relacionadas al estatus social y a la estabilidad (ejemplo: historia laboral, estatus marital, estatus socioeconómico). Gibbs y Flanagan (1977) han sugerido que esta falla clara para encontrar -- predictores generales es probablemente atribuida a la heterogeneidad extraordinaria en los estudios de los métodos de tratamiento, población de pacientes, definiciones de alcoholismo y las variables predictoras escogidas. De mayor uso para los practicantes podían ser predictores de diferentes respuestas a estrategias de tratamiento alternativas. Kissin y sus colegas (1970s) por ejemplo, reportaron que pacientes con mayor educación y estatus ocupacional, tendían a seleccionar la psicoterapia con drogas y pareció que respondieron un poco mejor a esta aproximación. Estudios bien diseñados y controlados en esta área han sido pocos, de cualquier manera (Cronkite y - - Moss, 1978) encontraron que las interacciones entre variables de paciente y variables de tratamiento son del 23 al 40% y sugirieron que se debe poner más atención en dar a los pacientes los tratamientos más apropiados.

A. CANTIDAD DE TIEMPO DE TRATAMIENTO.

Para haber una suposición dentro del campo de tratamiento sobre el alcoholismo de que mayor tratamiento dará un mejor resultado. La fuerza de este supuesto está reflejado en el hecho de que algunos estudios han escogido usar un contacto continuo (estancia en tratamiento) como la principal o única medida de resultado exitoso (Rosenberg, et al.,1976).

¿Pero qué bases existen para esta creencia?

¿Es de hecho, útil aumentar la duración y extender un programa de tratamiento?

El único apoyo sustancioso para esta suposición recae en el hecho de que algunos estudios han reportado una correlación entre la duración del tratamiento y los resultados exitosos (Armor et al.,1979; Smart, 1978b; Smart & Gray,1978). Tales hallazgos de estudio sin control están inconclusos, de cualquier manera, numerosos factores adicionales pueden influir en ambos: duración y resultados positivos (ej. motivación del paciente, severidad del problema, estabilidad social).

Así mismo, hay estudios sin control, que reportan baja o una correlación negativa entre la extensión y efecto del tratamiento. Gunderson y Schuckit (1978) encontraron un pronóstico positivo asociado con períodos (de 1 a 5 días) en oposición a largas hospitalizaciones (aunque los pacientes recibieron corta hospitalización tuvieron mejor pronóstico que aquellos no hospitalizados).

Ribson (1968) no encontró diferencia significativa en la efectividad entre pacientes internos y externos, con programas de tratamiento para alcoholismo, y se cuestionó la frecuencia política de hospitalizarlos. Similarmente, Penk, Charles y Van-Hoose (1978) reportaron diferencias significativas entre un día de tratamiento y un programa psiquiátrico de pacientes internos, produciendo ambos ganancia en la moderación del uso del alcohol.

Armor, Polich y Stambul (1978) reportaron tasas consistentes en la mejoría de pacientes internos, externos e intermedios con seis meses de seguimiento. Así es que, de los estudios sin control, los datos son mixtos y no proporcionan conclusiones firmes.

Los hallazgos en estudios controlados han sido mucho más consistentes. Stinson et al., (1979) asignó alcohólicos al azar a un programa intensivo y a un programa con orientación de auto-ayuda, mostraron una significativa reducción en la conducta de ingesta en el estudio de seguimiento, sin diferencias significativas entre los dos grupos. Un estudio realizado por Griffith Edward y sus colegas (1977) proporcionan resultados ilustrativos. Los investigadores asignaron al azar cien mujeres casadas a una de las condiciones de tratamiento: a) una condición de tratamiento intensivo y b) un grupo que recibía únicamente una sesión individual, en la cual se le dijo al paciente que se debía abstener y que él debería ser el responsable de lograr un cambio. En uno o dos años de se-

guimiento, no se encontraron diferencias significativas en los dos grupos (Edwards et al., 1977; Oxford et al., 1976).

Otros estudios han señalado una eficiencia equivalente entre intervenciones mínimas y extensas, particularmente con bebedores problema en una etapa temprana (Miller, Gribskov & Mortell, in press; Miller & Taylor, 1980; Miller, Taylor & West, in press; Vogler et al., 1975, 1977a, 1977b).

Ogborne y Wilmot (1979) no encontraron diferencias significativas en un seguimiento de tres meses entre pacientes a los que se les dió seis meses de asesoría y el grupo control.

Resumiendo.- Los tratamientos extensos parecen ser innecesarios y probablemente perjudiciales para algunos pacientes los datos presentes no apoyan la rutina de proporcionar tratamientos de amplio-espectro a todos los bebedores problema. Se requieren procedimientos de diagnóstico diferentes, que deben apoyarse en resultados de investigaciones bien controladas, incluyendo una serie de variables predictoras. Las investigaciones actuales sugieren que probablemente intervenciones mínimas más que extensas deberían ser la norma prudente para tratamientos en esta área. Medidas más extensivas y costosas pueden entonces implementarse con pacientes que no respondan a los tratamientos breves.

B. TIPO DE TERAPEUTA.

¿Quién está calificado para tratar al alcohólico?. Esta

es una pregunta que ha estado sujeta a debates durante algunos años (Krystal & Moore, 1963).

¿Pero qué datos se tienen? ¿El tratamiento efectivo del alcoholismo requiere la atención de un profesional competente entrenado y titulado?.

Ciertamente, la respuesta es no. La efectividad de A.A. aunque con cierta población, apoya la eficacia de esfuerzos de autoayuda para algunos alcohólicos. Virtualmente, todos los tratamientos de ingesta controlada conducidos en las clínicas de Miller, Taylor y West (Miller, 1977; 1978a; Miller & Taylor, 1980; Miller, Taylor & West, in press) fueron administrados por paraprofesionales con entrenamiento especializado en las intervenciones particulares.

Armor y sus colegas (1978) no encontraron diferencias significativas en efectividad entre asesorías dadas a alcohólicos, por profesionales y paraprofesionales. Terapeutas voluntarios y paraprofesionales han sido usados efectivamente en el tratamiento del alcoholismo y han permitido que las clínicas sirvan a un gran número de clientes con menor costo. (Christenser et al., 1978; Manohar, 1974; Staub & Kent, 1973).

¿Los alcohólicos restablecidos lo hacen mejor que los asesores paraprofesionales que no son alcohólicos?. Los datos aquí son diversos. Algunos no han encontrado diferencia entre asesores alcohólicos y no alcohólicos (Covner, 1969; Rosenberg et al., 1976).

Los pacientes alcohólicos parecen preferir a los asesores alcohólicos que los no alcohólicos (Lawson,1976) y a las aproximaciones directivas más que a las no directivas (Obitz, 1975). Los alcohólicos restablecidos han reportado que recibieron preferencia por los supervisores (Chalfant et al.,1978) y que dan asesoría de habilidades equivalente a aquellas de los no alcohólicos entrenados (Buzzetta,1976). Argeriov y Manohar (1978) compararon asesores alcohólicos y no alcohólicos trabajando dentro de un programa de tratamiento externo y reportaron que los clientes de asesores alcohólicos estuvieron más fácilmente abstinentes al terminar. Pero no se observó diferencia en el promedio de semanas de abstinencia entre los grupos, y no se condujo un seguimiento después de la terminación del tratamiento.

Una excelente revisión reciente de investigaciones de agentes terapéuticos no profesionales han sido proporcionados por Emrick et al., (1977).

La emergencia de nuevos métodos de tratamientos alternativos tales como los que revisamos anteriormente, tendrán implicaciones importantes para ambos terapeutas profesionales y paraprofesionales.

Una aproximación prescriptiva (Dimond et al.,1978; Goldstein & Stein, 1976), que acomode el tratamiento al paciente parece mejor que una que intente seleccionar o modificar pacientes para que se adapten a un programa terapéutico parti-

cular. Esto significa que un programa de tratamiento amplio - debería estar preparado para ofrecer una serie de intervenciones alternativas. Ciertos trabajos podrán ser realizados me-- jormente por científicos profesionales clínicamente entrena-- dos (Peele, 1976). Estos incluyen diagnóstico inicial y la -- asesoría que el paciente necesita, la determinación de la mo-- dalidad del tratamiento óptimo, evaluación del programa y la administración de ciertos métodos terapéuticos más complejos. Los asesores paraprofesionales, por otro lado, pueden aplicar competentemente métodos de tratamiento bien especificados pa-- ra los cuales ellos recibieron tratamiento especializado, dán-- doles recomendaciones apropiadas de los profesionales que - - efectúan la supervisión.

C. CRITERIOS PARA METAS DE ABSTINENCIA Vs METAS DE MODERACION.

¿Cómo determinar la meta de tratamiento más apropiada - para un cliente?. Miller y Caddy (1977), tomando en cuenta - los datos relevantes para esta decisión, han propuesto una - guía en las contraindicaciones del modelo. Ellos han sugerido que una meta de tratamiento de moderación está contraindicada si el paciente muestra:

- Evidencia de una enfermedad progresiva del hígado, otro problema médico o psicológico de suficiente magnitud - con el cual la ingesta moderada perjudicaría la salud - y la vida del individuo.

- Una promesa de abstinencia o demandas externas para evitar el consumo de alcohol.
- Intoxicación patológica.
- Historia de una adicción fisiológica con síntomas severos por abstinencia.
- Uso de medicamentos considerados peligrosos cuando se combinan con el alcohol.
- Abstinencia actual exitosa seguida de problemas severos de ingesta.
- Una falla anterior a un tratamiento competente orientado a la moderación.

Por otro lado, Miller y Caddy, sugieren una meta de abstinencia, es contraindicada si el cliente muestra:

- Rehusarse a considerar la abstinencia como una meta.
- Demandas externas fuertes para beber, o falta de apoyo social para la abstinencia.
- Estar en etapas tempranas del problema sin tener una historia de adicción fisiológica.
- Una falla anterior a un tratamiento competente orientado a abstinencia.

Estas son reglas que se deben tomar en cuenta para decidir diferentes asignaciones para metas de tratamiento. Podrían ayudar a esto como: la disponibilidad de los datos que se re-

fieren al tipo de paciente que probablemente responde más favorablemente a metas de abstinencia contra moderación, afortunadamente, tales datos han empezado a aparecer y un grado sorprendente de consistencia emerge. Estos datos son de tres tipos: a) Datos referentes a las preferencias del cliente por la meta de tratamiento; b) datos predictivos que se refieren al tipo de cliente que empieza a ser un bebedor moderado contra un abstineute después de un tratamiento orientado a la abstinencia; y c) datos que predicen resultados de abstinencia contra moderación, después de un tratamiento diseñado para conseguir una ingesta controlada.

Relativamente se sabe poco acerca de las diferencias entre clientes que se les dé la libertad de escoger y seleccionar metas de moderación contra abstinencia. Kilpatrick (1978) no encontró diferencias significativas entre estos grupos con respecto a variables demográficas o de personalidad. De cualquier modo, la propia preferencia del cliente puede ser importante, como fue sugerido por Miller y Caddy (1977).

Caddy et al., (1978) encontró una tasa de mejoría de 50% en personas que solicitaron tratamiento y se les asignó un tratamiento con orientación de moderación, comparada con una tasa del 25% en clientes que solicitaron moderación, pero al azar se les asignó una terapia con orientación de abstinencia (Sobell, 1973). En otro estudio interesante, del que solamente resultaron preliminares no disponibles, Sánchez-Craig (1980) asignaron al azar bebedores problema a la aplicación

de un programa de tratamiento preventivo en una de dos condiciones de tratamiento, orientado a abstinencia u orientado -- a moderación. En ambas condiciones se le pedía al cliente que mantuviera un período de total abstinencia durante las primeras semanas de tratamiento. La única diferencia era la duración del tratamiento. Las asignaciones a la meta de moderación, mostraron una tasa significativamente mayor de cumplimiento de las metas que aquéllos asignados al programa de abstinencia. Así mismo, los clientes del grupo de moderación bebieron significativamente menos que aquéllos que fueron asignados a la meta de abstinencia.

Una fuente crucial de información se apoya en estudios - que han examinado predictores de varios tipos de resultados - de tratamiento. De especial interés aquí, son los estudios - que han examinado diferentes predictores de resultados de -- abstinencia contra moderación, o de ingesta controlada contra la incontrolada.

Los estudios basados en programas donde la meta primaria era abstinencia, reportan que los sujetos que empezaron a beber controladamente: a) consumían menos alcohol al inicio del tratamiento (Smart, 1978a); b) mostraban síntomas menos severos de alcoholismo (Armos et al., 1978; Oxford, 1973; Oxford et al., 1976; Smart, 1978a); c) la mayoría eran casados (Levison, 1977; Smart, 1978a); d) tenían una actitud más positiva hacia la abstinencia (Oxford et al., 1976; Smart, 1978a); e) no se consideraban alcohólicos (Oxford, 1973); f) reportaron una_

historia más breve de su problema de ingesta anterior al tratamiento (Oxford,1973).

Han aparecido reportes consistentes y alentadores de estudios donde la meta de tratamiento ha sido moderación. Combinando los resultados de cuatro estudios, Miller y Joyce (1979) encontraron que los bebedores controlados reportaron menores síntomas de alcoholismo, tenían ingresos mayores, menos incidencia de alcoholismo familiar, la mayoría eran mujeres, en comparación a los abstinentes exitosos. Por contraste, en los casos sin éxito, los bebedores controlados eran en su mayoría mujeres, no se consideraban alcohólicas, reportaron menor educación, menor incidencia de alcoholismo familiar, menos solicitud de ayuda previa, pero más problemas en la vida relacionados a la ingesta. Similarmente, Popham y Schimidt (1976) encontraron que los bebedores controlados eran más jóvenes, la mayoría eran mujeres y bebían menos antes del tratamiento.

Vogler y sus colegas (1977a), encontraron que en contraste con los abstinentes, los bebedores moderados tienen una historia más corta de problemas de ingesta, toman menos en cada ocasión, eran más jóvenes y habían perdido menos días de trabajo por el alcohol.

Con lo anterior, se puede ver claramente, que los individuos que empezaron con éxito a ser bebedores controlados, muestran un diagnóstico muy poco parecido al clásico del alcoholismo. Tienen menos síntomas, y menos historia familiar de

alcoholismo y beben menos. Es más probable que sean mujeres, - que sean más jóvenes, que no se consideren alcohólicos. Parece ser que la estabilidad social incrementa la probabilidad - de una ingesta controlada, sin embargo, éste también es un -- factor positivo para la abstinencia. Con respecto a la educa- ción y al ingreso, los datos no son claros.

La relación entre la severidad del problema de ingesta y los resultados, Oxford y sus colegas (1976) distinguieron pa- cientes claramente diagnosticables como alcohólicos Gamma d_ aquellos no Gamma, y encontraron que aquellos sujetos con un resultado positivo de ingesta controlada no pertenecían al - grupo Gamma. Hallazgos similares fueron reportados por Armor_ et al., 1978, donde dentro de un grupo definido de alcohólicos el 46% se encontraron abstinentes y el 16% bebedores normales en un seguimiento de 18 meses. Por contraste, en un grupo que mostraba síntomas menos severos de alcoholismo, mostraban una tasa del 44% de abstinencia y un 36% de bebedores normales.

Por lo tanto, parece ser que las aproximaciones con una_ orientación de moderación podrían ser más prometedoras cuando se aplican a bebedores problema menos severos, así como, las_ aproximaciones de abstinencia son más efectivas con la pobla- ción de alcohólicos más avanzados.

Esta distinción no es muy cortante. Numerosos estudios - han reportado resultados de ingesta controlada con clientes - claramente diagnosticables como alcohólicos Gamma al inicio -

del tratamiento (Caddy, et al., 1978; Pattison, Sobell & Sobell, 1977; Vogler et al., 1975). De cualquier manera, la tendencia es clara y provee cuando menos la iniciación de un procedimiento empírico para determinar las metas óptimas de tratamiento en diversas poblaciones. (55)

II.- ANTECEDENTES DE LOS INSTRUMENTOS
MAST, SAAST, BATALLA Y CUAAL.

Existen diferentes instrumentos, cuya finalidad a sido - la detección del alcoholismo, por ser poco conocidos se incluyen para que quien se interese en esta area, tenga a la mano, la información requerida.

EL MAST

Es un instrumento que consiste de 25 preguntas, muchas - de las cuales han sido usadas por otros investigadores en estudios de alcoholismo como son:

- A.- Guze y Cols., enfermedad psiquiátrica y crimen con - referencia particular el alcoholismo; un estudio de 223 criminales.
- B.- Baile y Cols., La epidemiología de Alcoholismo en un área residencial urbana.
- C.- Multiford y Cols., Inspeccionando en un edificio de salud, en donde viven familias e identificando bebedores problema.

Fue desarrollado por Selzer, en Michigán, en 1967.

METODO

Cinco grupos diferentes fueron convenidos en el MAST:

- 1.- Alcoholicos Hospitalizados.
- 2.- Grupo Control.

- 3.- Choferes (manejadores) reclusos en Centros de -
Readaptación social, por haber conducido en esta
do etílico.
- 4.- Personas presas por ebrias y conducta desordena-
da.
- 5.- Y un grupo de choferes, quienes incurrieron en -
12 puntos de castigo en 2 años por violaciones -
de manejo y accidentes.

Fueron excluidos no manejadores y personas abstemias. --
(Selzer, 1967).

Este instrumento, carece de aplicación en México, sin -
embargo, es importante, que se trabaje y se realice investiga-
ción, ya que puede ser un instrumento que enriquezca el mate-
rial técnico del psicólogo.

S.A.A.S.T.

Es un test de investigación, sobre alcohólicos, y puede-
ser autoadministrable.

El cuestionario fue dado rutinariamente a 100 pacientes-
admitidos en una unidad de tratamiento de alcoholismo, así -
como a 100 seleccionados (pacientes) al azar, en una pobla-
ción médica, En los EE.UU.

El cuestionario diferenció el grupo alcohólico del grupo
general de pacientes médicos; este cuestionario también resul-
tó un éxito para identificar al "alcohólico oculto" en la po-

blación general médica.

Con lo anterior se concluye que este instrumento debe -- ser parte de la exploración médica.

En los recientes años los profesionales del cuidado de -- la salud han llegado a ser más interesados en el alcoholismo.

Los Hospitales Generales intentan calcular la frecuencia (prevalencia) de alcoholismo en su población hospitalaria y basados en programas de tratamiento hospitalario están saliendo a aumentar conceptos en terapias médicas. El paciente alcohólico está siendo identificado frecuentemente como una persona medicamente enferma quien tiene una susceptibilidad incrementada para muchos desórdenes físicos. En relación con esto está en frecuente contacto con el médico. Demasiado a menudo, sin embargo, el paciente no está considerado como un alcohólico. Unido con esto está la observación desarrollada que tempranamente detecta si es de considerable significancia en un término largo, con pronóstico terapéutico positivo. Ellos -- piensan que es un instrumento digno de confianza y válido en investigaciones que debían ser desarrolladas, por lo cual el médico debe rápidamente identificar al alcohólico en su población de pacientes, el problema debe ser tratado antes. La administración e interpretación de este instrumento debería requerir una mínima cantidad de tiempo del médico, psicólogo o del profesional involucrado.

Con la apertura de la unidad de tratamiento del alcoholismo en el Hospital metodista de Rochester en marzo de 1972, ellos principiaron a explorar las posibilidades de ir preparando tal instrumento de investigación, ellos creyeron que un cuestionario debe ser desarrollado, que podría identificar el alcoholismo en una población médica general.

Una serie de conductas declaradas fueron ya obtenidas en una prueba test de investigación conocida como el Michigan -- Alcoholism Screening Test (MAST), desarrollado por Selzer y usado primero en 1967, esta lista de conductas descritas pueden abastecer un consistente, cuantificable cuerpo de información para la detección del alcoholismo. El Test consiste en 25 de claraciones (frases u oraciones) y estan usadas por el médico consejero como un instrumento para conducir una forma lisa de entrevista estructurada.

Varios estudios realizados por Moorera y Pokorny Ad Miller Baykaplan HB han indicado su valor clínico.

Desde marzo de 1972 ellos han usado rutinariamente una versión modificada del MAST. Esta modificación consiste de 34 ITEMS, presentados en un formato de (SI) (NO). El Test relativamente permite, fácil autoadministración, pero el también puede ser administrado por un profesional de la salud como parte de una entrevista estructurada. Algunos Items y el original MAST, fueron modificados, así que ellos pueden ser completados por los mismos pacientes. Algunos Items fueron adhe-

ridos y uno de los Items del MAST fue omitido.

- 1.- Este Test autoadministrable puede ser usado efectivamente para detectar la presencia de alcoholismo.
- 2.- Este cuestionario autoadministrable diferencia un grupo de alcohólicos de un grupo de psiquiatría y pacientes médicos.
- 3.- Este instrumento debe ser parte de un cuestionario general de investigaciones médicas de gran valor, para detectar alcoholismo en pacientes en general; médico-quirúrgico.
- 4.- En el presente estudio las esposas de los pacientes se inclinan a ser la fuente más válida de objetivo alcoholismo.

En el presente se excluyen a personas abstemias. (Swenson, 1975.)

ESCALA ADICIONAL DEL ALCOHOLISMO (BATALLA)

En una investigación realizada por Batalla, (1982). Trato en la misma, aspectos importantes del alcoholismo, con el propósito de contribuir al estudio sistemático que permita un diagnóstico oportuno, y que ayude a ubicar al enfermo en un nivel mediante el cual se tomen medidas asistenciales oportunas.

La investigación mencionada, tiene como base fundamental, el inventario multifásico de la personalidad; y que a través de esta prueba, se obtuvo la escala adicional de alcoholismo; para la población mexicana en el Distrito Federal.

Es una escala en la cual existe confiabilidad y validez. La que permite, diagnosticar oportunamente al enfermo alcohólico, en cualquiera de sus fases, pre-alcohólica, prodrómica, crítica y crónica.

Obtuvo un nivel de significación de 0.68 indicando la validez y la confiabilidad en la escala adicional de alcoholismo del autor Batalla.

Todo esto con el propósito de lograr un instrumento eficaz y valioso para quienes lo usen, en la detección y prevención del alcoholismo en el Distrito Federal.

EL CUAAL

Se diseñó y aplicó un cuestionario autoadministrable de alcoholismo (CUAAL) a 121 enfermos alcohólicos de un centro especializado, a 150 enfermos con diversos problemas médicos y quirúrgicos del Instituto Nacional de Nutrición (INN) y a 43 controles sanos. De la Fuente J. Ramón. y Colaboradores.

Los 121 pacientes del primer grupo (100%) y 26 pacientes del INN (17.3%) fueron clasificados como alcohólicos en base a los criterios del Consejo Nacional de Alcoholismo de los Estados Unidos. De estos, 132 contestaron el cuestionario en forma autoadministrada, alcanzando un puntaje de 21.0 ± 5.5 - en contraste, 108 pacientes no alcohólicos (todos del INN) obtuvieron una calificación de 3.0 ± 2.5 y los 43 controles de 2.0 ± 1.2 .

Las diferencias entre el grupo de alcohólicos y no alcohólicos resultaron estadísticamente significativas ($P < 0.001$).

El resto de los pacientes (15 alcohólicos y 16 no alcohólicos) contestaron el cuestionario en forma de entrevista por ser analfabetas. Con resultados similares.

La sensibilidad calculada para la prueba fue de 95%, la especificidad de 96%.

Los autores concluyen que el CUAAL puede ser un instrumento útil que auxilie al clínico en el diagnóstico precoz del alcoholismo.

El enfermo con alcoholismo en estadios tempranos también conocido como alcohólico incipiente, es pocas veces diagnosticado como tal. Esto se debe fundamentalmente a que tanto el médico como el enfermo carecen con frecuencia de la objetividad y sutileza necesaria para establecer el uno, que el problema existe, y el otro, que debe de aceptarlo si quiere mejorar.

Se han estimado que el médico general diagnostica únicamente a uno de cada diez alcohólicos. G. Edwards. (1969); y a nivel hospitalario, la proporción de enfermos cuyo alcoholismo para inadvertido parece ser similar. C.M.B. Jarman, J.M. Kellett, (1979). No obstante, existen numerosos estudios en los que se documenta el diagnóstico de alcoholismo entre el 15 y el 55% de los enfermos en hospitales no psiquiátricos. Estas series de diferentes países, incluyen a algunos pacientes en remisión e invariablemente muestran que la proporción de hombres es mucho mayor que la de mujeres.

El porcentaje con que el alcohol contribuye directa o indirectamente a las admisiones hospitalarias por razones "médicas", se ha estimado en un 25%, aproximadamente A.G. Jariwalla, (1979). Mientras que en los servicios de urgencias, más del 30% de los pacientes tienen concentraciones altas de alcohol en sangre. S. Holt. Si bien estas cifras provienen de otros países, no existen datos que hagan suponer que la situación es necesariamente diferente en nuestro medio.

Como respuesta a este problema, se han hecho esfuerzos_ por diseñar entrevistas estructuradas y cuestionarios que per_ mitan detectar precozmente al enfermo alcohólico. Las más co- nocidas son: el MAST (michigan Alcoholism Screening Test) y - el SAAST (Self Administered Alcoholism Screening Tests), desa_ rolladas por Selzer y Swenson y Cols.

El MAST es un poco más sensible; el SAAST tiene la ven- taja de ser autoadministrable manteniendo bajo el porcentaje_ de falsos negativos (6.7%) R.F. Hurt, (1980).

La utilidad de instrumentos que permite detectar oportunamente a sujetos alcohólicos que acuden a recibir atención médica no especializada en ese problema ha quedado debidamente documentada (en las investigaciones de test para alcoholismo). Los resultados presentados, aun cuando preliminares sugieren que el CUAAL puede utilizarse en forma sencilla y confiable para tales propósitos. Es el primero en su género, publicado en español.

La bondad del instrumento se sustenta no solamente en la confianza diagnóstica que demostró en la población estudiada, ya que ésta puede ser más baja en poblaciones con una prevalencia menor de alcoholismo, sino en la poca resistencia que indujo en los pacientes a quienes se les pidió que la contestaran.

Se les dio a cada sujeto la oportunidad de expresar y -- sus dudas o comentarios, ya que es frecuente observar actitudes defensivas y resistencia a contestar preguntas relacionadas con el consumo personal de alcohol y otras drogas. De -- hecho, es una de las razones por las cuales estos problemas -- no se evaluán adecuadamente durante el interrogatorio clínico. Es también frecuente que el clínico no especializado en estos problemas, no sepa que preguntas hacer al respecto, ni como -- hacerlas (MORSE, 1979). En el CUAAL las preguntas están formu -- ladas de manera que el sujeto parece entenderlas claramente.

Es aparente que una confrontación no directa del alcohólico con su problema, mediante un instrumento como el CUAAL, permite que este admita tener síntomas de alcoholismo, aun -- cuando no conozca tener la enfermedad. Esto sin embargo, es -- suficiente para que el clínico pueda hacer por lo menos un -- diagnóstico presuncional.

Es interesante de hecho de que aun cuando el CUAAL es -- una versión modificada del SAAST; y éste se aplico a una población con características diferentes, las puntuaciones obtenidas en ambos grupos tanto de pacientes como de controles, -- son similares en cuanto a rangos y promedios. (Vease tabla -- No. 1)

También los niveles de corte son similares, puntuaciones de 7 a 9 en el SAAST se consideran como de posible alcoholismo, y puntuaciones de 10 o más como de probable alcoholismo.

Si bien los resultados del estudio de De la fuente y -- cols. Deben considerarse como preliminares hasta que el CUAAL se aplique a una población mayor y en otros escenarios, sí -- concluyen de acuerdo a sus datos que el instrumento permite -- detectar con confianza a un número importante de alcohólicos -- que de otra manera, podrían pasar desapercibidos.

El rango en la puntuación del CUAAL observado tanto en -- alcohólicos (2-31), como en no alcohólicos (0-15) sugiere un --

margen de error; es decir, que hay pacientes con un CUAAL positivo (8) que no son alcohólicos (CDA-), y otros con un CUAAL negativo (8) que si son alcohólicos (CDA+).

La función diagnóstica del CUAAL se evaluó calculando su sensibilidad, especificidad y confianza diagnóstica (valor predictivos) de acuerdo a lo establecido por Vecchio, Galen y Gambino, (1970).

La sensibilidad se refiere a la proporción de positivos-positivos, esto es, la proporción de CDA+ que fueron CUAAL+. La especificidad se refiere a la proporción de negativos - negativos o sea la proporción de CDA- que fueron CUAAL-; y la confianza diagnóstica se refiere a la proporción de CUAAL+ -- que correspondieron a sujetos CDA+. (DE LA FUENTE Y COLS).

Los criterios utilizados fueron los del Consejo Nacional de Alcohólicismo de los Estados Unidos (Criteria committee National Council on Alcoholism: Criteria for the diagnosis of alcoholism). Estos han sido utilizados por varios grupos de investigadores en diversos países.

Aquellos que llenaron los criterios mayores fueron clasificados como CDA+ y los restantes como CDA (-).

Para evaluar las diferencias en los resultados del CUAAL entre los distintos grupos, se utilizó la prueba t de Student para muestras no pareadas con interpretación a doble cola.

Valores de $P < 0.05$ fueron considerados estadísticamente -
significativos.

Las puntuaciones del CUAAL para todos los grupos se ex--
presan en sus promedios (\bar{X}) \pm su desviación estandar (D.E).

En el campo del alcoholismo, se conocen instrumentos - - como el Test del Michigan Alcoholism Screening. M.L. Selzer - y otros que determinan la duración del consumo, detectan los posibles casos S.M. Swanson y Col. o reúnen información epidemiológica.

Sin embargo, en México no hay datos registrados en los - bancos de información, por ello parece no haber evidencia de instrumentos codificados destinados a la exploración clínico psiquiátrica de los alcohólicos. Los esfuerzos realizados arrojan instrumentos de tipo coloquial no codificados; de empleo limitado; no para ser usados en computación, o bien no destinados al campo del alcoholismo excepto el CUAAL (De la Fuente) que realiza diferenciación clínica en población hospitalaria de alcohólicos en fase inicial. El resto de los trabajos son de la iniciativa privada y se llevan a cabo con sus recursos y para fines particulares.

En general es posible afirmar que la detección temprana del alcoholismo, es realizada en el Distrito Federal, por el grupo de investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatria, y que es necesario realizar investigación con los instrumentos que han trabajado, en la provincia, en donde el problema del alcoholismo, tiene las mismas dimensiones que en el D.F. - y que fue lo que motivo que realizara la investigación, bajo la siguiente metodología.

III.- METODOLOGIA

Se estudiaron tres grupos:

UN GRUPO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS (Bebedores activos)

UN GRUPO DE ALBERGUE DE EX-ALCOHOLICOS (Alcohólicos en -
remisión.

UN GRUPO AL AZAR, DE Apatzingan, Mich.

Cada uno de los grupos antes señalados estuvo compuesto por 30 sujetos, sin tomar en cuenta el nivel socio-económico los diversos tipos de trabajo y la escolaridad.

Para el grupo uno se tomó al criterio 3 y 4 de alcoholismo de acuerdo a la clasificación para América Latina.

Para el grupo dos se tomó el criterio de alcoholismo uno de acuerdo a la clasificación para América Latina.

Para el grupo número tres no se tomó ningún criterio, --
dadas las circunstancias de ser un grupo al azar.

Se tomó la edad media de 25 a 40 años porque de servir -
el Instrumento para detectar el Alcoholismo se tomen las medi-
das adecuadas para evitar daños mayores en los mismos.

Se aplicó una encuesta junto con el Cuestionario Autoad-
ministrable de Alcoholismo, (CUAAL), que incluyó los siguientes
puntos:

NOMBRE, EDAD, ESTADO CIVIL, OCUPACION, GRADO DE ESCOLARI-
DAD, DEL SEXO MASCULINO.Y ENTRE 25 y 40 AÑOS DE EDAD.

Para la aplicación del cuestionario antes señalado, se les explicó a los interesados, que este documento serviría para hacer un estudio sobre prevención del alcoholismo.

La aplicación del CUAAL se llevó a cabo en forma individual, así como en grupo, ya que es autoadministrable; las instrucciones se dieron en voz alta, ejemplificándoseles la forma en como se debía contestar, haciéndoseles notar que en caso de dudas, hicieran las preguntas necesarias hasta aclarar los inconvenientes.

La clasificación y puntuación del cuestionario se realizó de acuerdo a los lineamientos del propio CUAAL.

TIPO DE INVESTIGACION.

Es una investigación de campo EXPOCFACTO.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Es capaz el CUAAL de discriminar estadísticamente en forma significativa a los sujetos sugestibles y no sugestibles de Alcoholismo según los criterios de la clasificación de la adaptación que hizo el Dr. De la Fuente y Cols. del SAAS?

- 1.- La puntuación de 8 como nivel de corte.
- 2.- La puntuación mayor de 8 muy sugestivas de alcoholismo.
- 3.- La puntuación menor de 8 es no sugestivas de alcoholismo.

HIPOTESIS

HIPOTESIS CONCEPTUAL, NULA Y ALTERNA.

- Hipotesis conceptual.- El CUAAL sirve para detectar en forma precoz el alcoholismo en una población de provincia (Apatzingán Mich.)

- Hipótesis (H_0).- El (CUAAL) no detecta diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de alcohólicos - - activos y un grupo de alcohólicos en remisión.

- Hipótesis (H_1).- El (CUAAL) permitirá establecer diferencias estadísticamente significativas, entre un grupo de alcohólicos activos y un grupo de alcohólicos en remisión.

- Hipótesis (H_{02}).- El (CUAAL) no detecta diferencias estadísticas significativas entre un grupo de alcohólicos activos y un grupo de sujetos tomados al azar.

- Hipótesis (H_{12}).- El (CUAAL) permitirá establecer dife-rencias estadísticas significativas, entre un grupo de alcohólicos activos y un grupo de sujetos tomados al azar.

VARIABLES Y SUJETOS.

Aspectos que se controlaron.

- V.I. a). Tiempo de ingestión de alcohol.
b). Tiempo de abstención de alcohol.
c). Población al azar.
- V.D. a). Alcoholismo

Sexo: Masculino

Edad: de 25 a 40 años de edad

La investigación se realizó con tres grupos de personas- integrado por 30 sujetos cada uno.

El Grupo 1.- Grupo integrado por alcohólicos, tuvo como característica el que toman o consumen alcohol en forma constante, cuando menos tres veces por semana, o en caso análogo la presencia de doce estados de embriaguez al año de recién ingreso a Alcohólicos Anónimos sin control de cronocidad.

El Grupo 2.- Integrado por alcohólicos en remisión, cuya característica principal es que después de consumir alcohol - de manera consuetudinaria, tienen un mínimo de 60 días que -- han dejado de realizarlos.

El Grupo 3.- Integrado por sujetos al azar de la población del sexo masculino de 25 a 40 años de edad.

ESCENARIO

La investigación se realizó en la ciudad de Apatzingán - Mich., en donde los sujetos que integraron el primer grupo, se seleccionaron de Alcohólicos Anónimos, de acuerdo a los criterios de inclusión, señalados.

El Grupo dos, se integró con sujetos que viven en un albergue de éx-alcohólicos y el grupo tres se integró con sujetos tomados al azar, de la población.

INSTRUMENTOS

El instrumento consta de 31 reactivos denominado CUAAL, (Vease apendice) es una versión adaptada al español del SAAST, más que una traducción literal, trataron de preservar en lo posible el sentido de cada uno de los 34 reactivos que lo conforman, tanto para que éstos fueran claros y fácilmente comprensibles, cuanto para que los resultados de su aplicación pudieran ser comparables a los obtenidos en otros países.

Cada pregunta del cuestionario puede solamente contestarse de dos maneras: "SI" "NO".

Las instrucciones son claras y enfatizar la necesidad de contestar todas las preguntas con la mayor veracidad posible.

En esta versión, los puntos sugestivos de "alcoholismo" se obtienen si se contesta "NO", a los reactivos 5, 7, u 8, o "SI" a todos los demás.

PROCEDIMIENTO

Manera en que se realizó la investigación:

1.- Se les dió a todos los sujetos que intervinieron en la investigación el cuestionario CUAAL, que consta de 31 reactivos.

2.- Se les dió las instrucciones correspondientes al cuestionario, como son el que contestaran afirmativa o negativamente, enfatizando la necesidad de contestar todas las preguntas con la mayor veracidad posible.

3.- Se revisaron cuidadosamente los cuestionarios para confirmar si fueron contestadas todas las preguntas.

4.- Se calificaron todos los cuestionarios.

5.- De acuerdo al CUAAL, una puntuación mayor de 8 es muy sugestiva de alcoholismo.

Las estadísticas que se emplearon fueron las de tendencia central, la formula "t" de student y para establecer si existían o no diferencias significativas, entre los grupos se utilizó la fórmula de "t" para grupos independientes. (aleatorizados).

IV.- RESULTADOS

R E S U L T A D O S

Valores de $P \leq 0.05$ fueron considerados estadísticamente significativos, en la investigación de acuerdo a los resultados obtenidos con la fórmula "t" para ver si hay diferencias significativas entre las hipótesis nulas y alternas, se encontró lo siguiente:

Entre el grupo activo con una media (o promedio) de 21.43 y el grupo del albergue con una media de 12.00 se obtuvo una $t(29) = 6.64$ lo que indica que una t de 6.64 tiene una p (probabilidad) de menos de 0.01 ($p \leq 0.01$) asociada a ésta. Es decir que una diferencia entre las medias de este tamaño puede esperarse menos de una vez en 100 al azar ($.01 = \frac{1}{100}$).

Por lo tanto se rechaza la hipótesis de nulidad y aceptamos la hipótesis alterna. Esto conduce a la conclusión de que el CUAAL es efectivo para detectar precozmente el alcoholismo de los sujetos como lo demuestran los resultados.

En el caso del grupo activo y el grupo al azar, cuyas puntuaciones de las medias son 21.43 y 7.37 respectivamente, se obtuvo una $t(29) = 4.27$, lo que señala que una t de 4.27 tiene una p (probabilidad) de menos de 0.01 ($p \leq 0.01$) asociada a esta, al igual que en el caso anterior se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna y nos da como resultado que el CUAAL es efectivo.

Por lo tanto se confirma la hipótesis conceptual, la cual dice que el alcoholismo se puede prevenir con instrumen-

tos preventivos (en este caso el CUAAL) para que el sujeto -- caiga en la enfermedad del alcoholismo (McGuigan, 1984).

Los valores de $P < 0.05$ fueron considerados estadísticamente significativos. La puntuación obtenida con la formula t de student en los grupos :

- Para el grupo activo 2.06
- Para el grupo del albergue 2.05
- Para el grupo al azar 2.05

Estos resultados quedan comprendidos entre el .5% y el 1% de la prueba, lo que indica que la diferencia entre el 5% y el 1% es significativa y que las tres y cada una de las muestras fueron obtenidas de manera correcta de la misma población y no es debida al azar (Holguín y Hayashi, 1974).

Recordando que no se debe olvidar en ningún momento, que la información sobre las que se basan estas decisiones en investigaciones a partir de muestras es de carácter incompleto, ya que provienen de muestras y no de todo el universo de los cuales fueron tomados; por lo tanto, las decisiones que se tomaron no pueden generalizarse, sin embargo, proporciona indicadores importantes, ya que su grado de discriminación indica que funciona para detectar en forma rapida y eficaz el problema que nos ocupa, que en este caso, es el alcoholico.

El porcentaje de probable alcoholismo detectado⁴ en el grupo al azar fué de un 26.67 % indicando con esto que parece que hay detección precoz de alcoholismo por medio del CUAAL. de acuerdo a los resultados. (vease el apéndice, tabla número 2).

Los promedios de edad en los tres grupos activos, albergue y al azar fueron de 32.1, 34.5 y 30.2 años respectivamente. Su modo (Mo) fué de 30.8, 39 y 27.6 años respectivamente. Y pro último su mediana fué de 31.5, 36.38 y 29.33 edades, -- respectivamente. En el apéndice se ven las distintas comparaciones del grupo activo y el grupo albergue y el grupo activo y el grupo al azar.

CONCLUSIONES

C O N C L U S I O N E S

Lo principal es que la hipótesis conceptual parece que se demostró es decir, parece que el CUAAL si cumple su cometido, que es el de servir para detectar precozmente el alcoholismo en un lugar de provincia (Apatzingan, Michoacán).

Hubo diferencias significativas tanto en la comparación del grupo activo, con el del albergue, como en la comparación del grupo activo con el del azar; y al haber dichas diferencias, las hipótesis nulas fueron rechazadas; y para fortalecer el concepto se podría decir que el CUAAL de acuerdo a los resultados es un instrumento sencillo, rápido, eficaz y confiable para detectar un número importante de alcohólicos que de otra manera podrían pasar desapercibidos y

- a) Puede aplicarse como cuestionario o como entrevista.
- b) Para su claiificación es demasiado sencilla, un punto o cero puntos a cada respuesta.
- c) Con los puntajes obtenidos se ve única y exclusivamente si el sujeto es o no alcohólico sin profundizar si está o no esta en alguna fase de alcoholismo.
- d) Por lo expresado en el punto anterior este cuestionario debe ser o se recomienda antes del cuestionario de batalla, el cual si detecta la fase de alcoholismo donde se encuentra el sujeto, que puede ser en la pre alcoholica, prodrómica, crítica o crónica.

En pocas palabras, se sugiere el CUAAL, antes del cues--

tionario de Batalla hasta que se complemente el estudio del -
CUAAL ya que hasta ahora son estudios preliminares y que se -
siga aplicando a poblaciones mayores y otros escenarios como -
tambien se confirme plenamente que una puntuación obtenida de
mas o de menos 8 den como resultado una indicación completa -
de la existencia o no de alcoholismo por último que el mismo
determine las fases del alcoholismo la pre-alcoholica, prodró
mica, critica o la crónica.

Se la ha dado poca importancia a los cuestionarios que -
detectan precozmente el alcoholismo aquí en México, por lo --
tanto es importante que los instrumentos como el empleado en -
este tipo de investigación sean difundidos y empleados por -
quienes trabajan en el campo de la salud mental, ya que es -
una herramienta sencilla.

L I M I T A C I O N E S

- a).- Siendo que el CUAAL tiene dos rangos de puntuación el de Alcohólicos de 2-31 y el de no alcohólicos de 0-15 da lugar a que en algunos casos puede haber sujetos que habiendo obtenido una puntuación mayor o menor de 8 se encuentra el clínico después de su diagnóstico que no encuentre alcoholismo en el resultado del primero y si encuentre alcoholismo en el otro inferior a la puntuación de 8, todo esto sugiere un margen de error.
- b).- En el presente estudio no se hizo un diagnóstico completo para ver el porcentaje de falsos negativos o de falsos positivos obtenidos en el CUAAL.
- c).- Los grupos de muestra fueron pequeños de solo 30 sujetos cada uno.
- d).- El escenario es una población de 120,000 habitantes con clima caluroso.
- e).- Unicamente se hizo el estudio con sujetos del sexo masculino de 25 a 40 años de edad.
- f).- No se tomo el grupo al azar en forma estratificada.

S U G E R E N C I A S

- a).- El CUAAL puede en base a los resultados es un instru--
mento que pueden utilizarlo todos los profesionales de_
la salud mental para detección temprana de alcoholismo.
- b).- Que se aplique en otros escenarios y diferentes tipos -
de población para ir corroborando su eficacia y detec--
tar el porcentaje de falsos negativos así como el de --
falsos positivos.
- c).- Con grupos de muestra más grandes con diferentes edades
y con los dos sexos.
- d).- Por último se sugiere el CUAAL antes de la escala adi-
cional de alcoholismo de (Batalla) ya que esta de acuer_
do a los resultados que se obtengan en ella indica en -
que fase se encuentra el sujeto encuestado si en la --
pre-alcoholica, en la prodrómica, crítica o crónica.

A P E N D I C E

T A B L A No. 1

Porcentajes de alcoholismo diagnosticados en diversas poblaciones hospitalarias y en el estudio de provincia.

AUTOR	LUGAR	AÑO	No.	HOMBRES	MUJERES
GREEN, J.R.	MELBOURNE	1965	841	19%	3.7%
BARCCH Y COLS.	ST. LOUIS	1968	392	27%	6.0%
JARMAN Y COLS.	LONDRES	1979	303	29%	8.0%
DE LA FUENTE Y COLS.	MEXICO D.F.	1981	150	30%	5.2%
ESTE ESTUDIO	APATZINGAN, MICH.	1987	30	26.7%	

T A B L A No. 2

Porcentajes de probable alcoholismo en los tres grupos -
estudiados en Apatzingan, Mich.

G R U P O S	N	F	%
ACTIVO	30	30	100.00
DEL ALBERGUE	30	19	63.33
AL AZAR	30	8	26.67

T A B L A No. 3

GRUPO ACTIVO DE ALCOHOLICOS

E D A D E S
(PORCENTAJES)

E D A D	FRECUENCIA	%	PROPORCION
24-26	6	20.00	.2000
27-29	5	16.67	.1667
30-32	8	26.67	.2667
33-35	1	3.33	.0333
36-38	3	10.00	.1000
39-41	<u>7</u>	<u>23.33</u>	<u>.2333</u>
TOTAL:	30	100.00	1.0000

INTERPRETACION: El 20.00 por ciento del total de la muestra estan comprendidos en el rango de edad de 24.26; un 16.67 en el 27.29; un 26.67 en el 30-32; un 3.33 en el 33.35; un -- 10.00 en el 36.38; y un 23.33 en el rango 39.41.

T A B L A No. 4

GRUPO DE ALBERGUE DE EX-ALCOHOLICOS.

E D A D E S

(PORCENTAJES)

E D A D	FRECUENCIA	%	PROPORCION
24-26	3	10.00	.1000
27-29	3	10.00	.1000
30-32	4	13.33	.1333
33-35	4	13.33	.1333
36-38	8	26.67	.2667
39-41	<u>8</u>	<u>26.67</u>	<u>.2667</u>
TOTAL:	N. 30	100.00	1.0000

INTERPRETACION: El 10.00 por ciento del total de la muestra estan comprendidos en el rango de 24-26 años de edad; un 10.00 en el rango 27-29; un 13.33 estan en el 30-32; un 13.33 en el 33.35; un 26.67 en el 36-38 y un 26.67 en el 39.40.

T A B L A No. 5
GRUPO AL AZAR DE LA POBLACION
E D A D E S
(PORCENTAJES)

E D A D	FRECUENCIA	%	PROPORCION
24-26	8	26.66	.2666
27-29	9	30.00	.3000
30-32	5	16.67	.1667
33-35	3	10.00	.1000
36-38	2	6.67	.667
39-41	<u>3</u>	<u>10.00</u>	<u>.1000</u>
TOTAL:	N. 30	100.00	1.0000

INTERPRETACION: El 26.66 por ciento del total de la muestra estan comprendidos en el rango de 24-26 años de edad; el 30.00 en el rango 27-29; el 16.67 estan en el 30-32; el 10.00 estan en el 33.35; el 6.67 en el 36-38 y un 10.00 por ciento en el rango 39-41.

T A B L A No. 6

COMPARACION DE GRUPO ACTIVO Y GRUPO ALBERGUE

(RAZONES POR RANGO DE EDADES)

EDAD	ACTIVO			ALBERGUE		
	FRECUENCIA	RAZON		FRECUENCIA	RAZON	
24-26	N ₁ 6	200		N ₁ 3	100	
27-29	N ₂ 5	166		N ₂ 3	100	
30-32	N ₃ 8	200		N ₃ 4	100	
33-35	N ₄ 1	25		N ₄ 4	100	
36-38	N ₅ 3	37		N ₅ 8	100	
39-41	N ₆ <u>7</u>	87		N ₆ <u>8</u>	100	
TOTAL	N 30			N 30		

COMPARACION DE GRUPO ACTIVO Y AL AZAR

(RAZONES POR RANGO DE EDADES)

24-26	N ₁ 6	75		N ₁ 8	100	
27-29	N ₂ 5	55		N ₂ 9	100	
30-32	N ₃ 8	160		N ₃ 5	100	
33-35	N ₄ 1	33		N ₄ 3	100	
36-38	N ₅ 3	150		N ₅ 2	100	
39-41	N ₆ <u>7</u>	233		N ₆ <u>3</u>	100	
TOTAL	N 30			N 30		

T A B L A No. 7

COMPARACION DE GRUPO ACTIVO Y GRUPO ALBERGUE

(ESTADO CIVIL)

PORCENTAJES

CATEGORIA	ACTIVO		ALBERGUE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SOLTEROS	5	16.66	7	23.33
CASADOS	23	76.67	22	73.33
OTROS	<u>2</u>	<u>6.67</u>	<u>1</u>	<u>3.34</u>
TOTAL	N. 30	100.00	30	100.00

COMPARACION DE GRUPO ACTIVO Y AL AZAR

(ESTADO CIVIL)

PORCENTAJES

SOLTEROS	5	16.66	7	23.33
CASADOS	23	76.67	22	73.33
OTROS	<u>2</u>	<u>6.67</u>	<u>1</u>	<u>3.34</u>
TOTAL:	N. 30	100.00	N. 30	100.00

T A B L A. No. 8

COMPARACION DE GRUPO ACTIVO Y GRUPO AL AZAR
(PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD)

ESCOLARIDAD	ACTIVO		AL AZAR	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SIN ESTUDIOS	2	6.67	0	0.
PRIMARIA INCOMPLETA	6	20.00	2	6.67
PRIMARIA COMPLETA	7	23.34	0	0.
SEC. INCOMPLETA	5	16.67	1	3.33
SEC. COMPLETA	4	13.33	1	3.33
NIVEL MED. INCOMPLETO	0	0.	4	13.33
NIVEL MED. COMPLETO	4	13.33	10	33.34
PROF. INCOMPLETA	1	3.33	6	20.00
PROF. COMPLETA	<u>1</u>	<u>3.33</u>	<u>6</u>	<u>20.00</u>
TOTAL:	N=30	100.00	N= 30	100.00

T A B L A No. 9

COMPARACION DE GRUPO ACTIVO Y GRUPO ALBERGUE
(PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD)

ESCOLARIDAD	ACTIVO		ALBERGUE	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
SIN ESTUDIOS	2	6.67	3	10.00
PRIMARIA INCOMPLETA.	6	20.00	5	16.67
PRIMARIA COMPLETA.	7	23.34	12	40.00
SEC. INCOMPLETA	5	16.67	4	13.33
SEC. COMPLETA	4	13.33	4	13.33
NIVEL MED. INCOMPLETO	0	0.	0	0.
NIVEL MED. COMPLETO	4	13.33	0	0.
PROF. INCOMPLETA	1	3.33	2	6.67
PROF. COMPLETA	<u>1</u>	<u>3.33</u>	<u>0</u>	<u>0.</u>
TOTAL:	N=30	100.00	N=30	100.00

TABLA NO. 10

GRUPO ACTIVO DE ALCOHOLICOS

NUMERO DEL SUJETO	PUNTUACION "X"	PUNTUACION "X ² "
1	29	841
2	29	841
3	29	841
4	28	784
5	26	676
6	25	625
7	25	625
8	24	576
9	24	576
10	23	529
11	23	529
12	23	529
13	22	484
14	22	484
15	22	484
16	22	484
17	21	441
18	20	400
19	20	400
20	20	400
21	20	400
22	19	361
23	19	361
24	18	324
25	18	324
26	17	289
27	15	225
28	15	225
29	14	196
30	11	121
T O T A L	<u>643</u>	<u>14,375</u>

- o -

DESARROLLO DE LA VARIANZA $SS = \sum x^2 - \frac{(\sum X)^2}{n}$

$$SS = 14,375 - \frac{(6.43)^2}{30} \quad \bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{643}{30}$$

$$SS = 14,375 - \frac{413444}{30} \quad \bar{X} = 21.43$$

$$SS = 14,375 - 137812 = 593$$

GRUPO DEL ALBERGUE DE EX-ALCOHOLICOS

NUMERO DEL SUJETO	PUNTUACION "X"	PUNTUACION "X ² "
1	22	484
2	22	848
3	20	400
4	20	400
5	20	400
6	18	324
7	18	324
8	17	289
9	17	289
10	16	256
11	15	225
12	15	225
13	15	225
14	13	169
15	12	144
16	12	144
17	9	81
18	9	81
19	9	81
20	8	64
21	8	64
22	8	64
23	6	36
24	6	36
25	5	25
26	5	25
27	4	16
28	4	16
29	4	16
30	3	9
T O T A L	<u>360</u>	<u>5396</u>

o -

DESARROLLO DE LA VARIANZA. $SS = \sum x^2 - \frac{(\sum X)^2}{n}$

$$SS = 5396 - \frac{(360)^2}{30}$$

$$SS = 5396 - \frac{129600}{30}$$

$$SS = 5396 - 4320$$

$$SS = 1076$$

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{360}{30} = 12.00$$

GRUPO AL AZAR DE LA POBLACION

NUMERO DEL SUJETO	PUNTUACION "X"	PUNTUACION "X ² "
1	15	225
2	15	225
3	13	169
4	12	144
5	12	144
6	9	81
7	9	81
8	9	81
9	8	64
10	8	64
11	8	64
12	7	49
13	7	49
14	7	49
15	7	49
16	7	49
17	6	36
18	6	36
19	6	36
20	6	36
21	6	36
22	5	25
23	5	25
24	5	25
25	4	16
26	4	16
27	4	16
28	4	16
29	4	16
30	3	9
T O T A L	<u>221</u>	<u>1931</u>

- 0 -

DESARROLLO DE LA VARIANZA $SS = x^2 - \frac{(\sum X)^2}{n}$

$$SS = 1931 - \frac{(221)^2}{30}$$

$$SS = 1931 - \frac{48841}{30}$$

$$SS = 1931 - 1628$$

$$SS = 303$$

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{221}{30}$$

$$\bar{X} = 7.37$$

GRUPO ACTIVO Y DEL ALBERGUE

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left(\frac{SS_1 + SS_2}{(N_1 - 1) + (N_2 - 1)} \right) \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right)}}$$

$$t = \frac{21.43 - 12}{\sqrt{\left(\frac{593 + 1076}{29 + 29} \right) \left(\frac{1}{30} + \frac{1}{30} \right)}}$$

$$t = \frac{21.43 - 12}{\sqrt{\left(\frac{1669}{58} \right) \left(\frac{1}{30} + \frac{1}{30} \right)}} = .07$$

$$t = \frac{9.43}{\sqrt{22.776 \times .07}} = \frac{9.43}{1.26} = 7.48$$

$$t = 6.148 = 6.1$$

GRUPO ACTIVO Y AL AZAR

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left(\frac{SS_1 + SS_2}{(N_1 - 1) + (N_2 - 1)}\right) \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}\right)}}$$

$$t = \frac{21.43 - 7.37}{\sqrt{\left(\frac{593 + 303}{29 + 29}\right) \left(\frac{1}{30} + \frac{1}{30}\right)}}$$

$$t = \frac{21.43 - 7.37}{\sqrt{\left(\frac{896}{58}\right) \left(\frac{1}{30} + \frac{1}{30}\right)}} = .07$$

$$t = \frac{14.06}{\sqrt{15.45 \times .07}} = 1.0815$$

$$t = \frac{14.06}{\sqrt{1.0815}} = \frac{14.06}{1.08}$$

$$t = 13.00$$

HOJA DE RESPUESTA (CUAAL)

NOMBRE: _____ EDAD: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

OCUPACION: _____

A CONTINUACION, ENCONTRARA UNA SERIE DE PREGUNTAS, CONTESTE EN FORMA SINCERA Y FRANCA YA QUE PERMITIRA BRINDARLE AYUDA EN CASO DE QUE SEA NECESARIO, LA RESPUESTA ES SI O NO.

EJEMPLO: TENGO BUEN APETITO. SI O NO.

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1.- ¿Le gusta beber una copa de vez en cuando? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 2.- ¿Cree que bebe más de lo normal? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 3.- ¿Después de haber estado tomando la noche anterior se ha despertado sin recordar algo de lo ocurrido esa noche? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 4.- ¿Alguna vez sus parientes cercanos se han quejado o preocupado porque usted toma? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 5.- ¿Puede dejar de beber después de haber tomado una o dos copas? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 6.- ¿Alguna vez se ha sentido culpable por tomar? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 7.- ¿Sus amigos o parientes creen que usted bebe lo normal? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 8.- ¿Es capaz siempre de dejar de beber en el momento en el que usted quiere? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 9.- ¿Ha asistido alguna vez a una reunión de alcohólicos anónimos debido a que usted bebe? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |
| 10.- ¿Ha tenido pleitos con otras personas cuando toma? | <u>SI</u> | <u>NO</u> |

- 11.- ¿El tomar le ha creado problemas con su esposo(a), padres o algún pariente? SI NO
- 12.- ¿Alguna vez algún familiar ha sugerido que se le ayude por su costumbre de beber? SI NO
- 13.- ¿Ha perdido amigos porque usted toma? SI NO
- 14.- ¿Ha tenido problemas en el trabajo porque usted toma? SI NO
- 15.- ¿Ha llegado a perder algún trabajo porque usted bebe? SI NO
- 16.- ¿Alguna vez ha descuidado sus obligaciones, su familia o su trabajo por dos o más días debido a su costumbre de beber? SI NO
- 17.- ¿Alguna vez ha bebido en las mañanas? SI NO
- 18.- ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de disminuir su consumo de alcohol? SI NO
- 19.- ¿Ha pensado alguna vez que es necesario que deje de tomar alcohol completamente? SI NO
- 20.- ¿Alguna vez le han dicho que tiene problemas en su hígado? SI NO
- 21.- ¿Alguna vez ha tenido episodios de confusión y nerviosismo severos en donde se imagina cosas que no son ciertas y/o dice cosas incongruentes por haber tomado en exceso? SI NO
- 22.- ¿Después de beber en forma exagerada, alguna vez ha tenido temblor nervioso, ha oído voces o visto cosas que no existen? SI NO

- 23.- ¿Debido a su costumbre de tomar alguna vez ha pedido ayuda? SI NO
- 24.- ¿Alguna vez ha estado hospitalizado debido a su costumbre de beber? SI NO
- 25.- ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que deje de beber? SI NO
- 26.- ¿Ha sido paciente de un hospital psiquiátrico o de un servicio de psiquiatría de un hospital general? SI NO
- 27.- ¿Su consumo de alcohol fue parte del problema por el cual fue hospitalizado? SI NO
- 28.- ¿Alguna vez ha visto a un psiquiatra, psicólogo, médico general o sacerdote debido a problemas emocionales? SI NO
- 29.- ¿Alguna vez lo han detenido por manejar en estado de ebriedad? SI NO
- 30.- ¿Lo han detenido alguna vez por otras razones, en estado de ebriedad? SI NO
- 31.- ¿Alguno de sus parientes ha tenido problemas por beber?
- Padres
- Hermanos(as).
- Esposo(a)
- Hijos(as) SI NO

B I B L I O G R A F I A

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Ackerman Robert J. "Children of Alcoholics: A Guidebook_ for Educators, therapist, and parents. pp.3-46 2a. Edi- - tion. Ed. Learning Publications, Inc. Holmes Beach, Flo- - rida, U.S.A., 1983.
- 2.- ALCOHOLICOS ANONIMOS "VIVIENDO SOBRIO" Central mexicana_ de Servicios Generales de A.A., pp.1-84 10a. Edición - - México, Julio 1986.
- 3.- Barchha, R. y Cols. the prevalence of alcoholism among- general hospital patients. Am.J. Psychiatry, 125: 681, - 1968, U.S.A.
- 4.- Bailey MD. y Cols. The epidemiology of alcoholism in an_ urban Residential area. Quart J. Stud Alcohol 26:19-40,- 1965, U.S.A.
- 5.- BATALLA MANCERA FRANCISCO; Desarrollo de la escala Adi- - cional de Alcoholismo en el Inventario Multifasico de - la personalidad UNAM Facultad Psicología 1982.
- 6.- Bellsola Domingo G. "Alcohol y Tabaco" pp.25-33 Editio- - rial "Olimpo", México 1979.
- 7.- BILL W. "DOCE PASOS Y DOCE TRADICIONES" Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos p.7-11 - 7a. Edición, México Diciembre 1986.

- 8.- Bustamante Miguel E. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS (DEL SIMPO SIO EL ALCOHOLISMO, PROBLEMA MEDICO Y SOCIAL). Vo1. 116 No.6 P.240-241 Junio 1980. México.
- 9.- Cabildo Hector M. Dr. Consideraciones epidemiológicas sobre el Alcoholismo en la Republica Mexicana. Neurologia Neurocirugía- Psiquiatria 6 (1): 21-23 1965.
- 10.- Criteria Committee, National council on Alcoholism; Criteria For The Diagnosis of Alcoholism. AM.J Psychiatry - 129: 127-135, 1972. U.S.A.
- 11.- De la Fuente Juan Ramón Dr. "Detección Precoz de Alcoholismo en una Población Hospitalaria". 34: I-6, Revista de Investigación Clínica. (México). 1982.
- 12.- Del Campo Adolfo Martín Dr. "Como vencer el Alcoholismo y la Drogadicción" PP. 33-61 Librería Font, S.A., Guadalajara, México, 1972.
- 13.- DSM III. MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES PP. 173-181 MASSON, S.A. 1984. México.
- 14.- Edwards G.: Patients With drinking Problems. Br. Med. J., 4: 435, 1969. U.S.A.
- 15.- Galen R.S. y Cols. Beyond normality: The Predictive value and efficiency of medical diagnosis. John Wiley Sons Inc. New York, 1975. U.S.A.

- 16.- Gali Hero Dr. Alcohólisto y Drogadicción PP. 11-23 Gomez Gomez, Hnos. Editores S. de R.L. 1984. México.
- 17.- Gomberg, E.S.: Prevalence of alcoholism among ward patients in a Veterans- Administration- Hospital. J. Stud. - Alcohol., 38 (11): 1458-1975. U.S.A.
- 18.- Greem, J. R.: The incidence of alcoholism inpatients - - admitted to medical wards of a public hospital. Mod.J. -- Aust., 1: 465, 1965. U.S.A.
- 19.- Guze y Cols. Psychiatric Illness And crime with a Study - of 223 criminals. J. Nerv Ment Dis 134: 512-521, 1962
- 20.- Hanlon, J.J.: Principles of public Health Administration. ST. LOIS, The C.V. Mosby Co. P. 571 1966. U.S.A.
- 21.- Holguín Quiñones Fernando Estadística descriptiva aplicada a las ciencias sociales PP.99-108 UNAM F.G.P.y S. - - 1984. México.
- 22.- Holguín Quiñones, Fernando y Hayashi M. Laureano, elementos de muestreo y correlación PP.159-160 UNAM, F.C.P. y S. 1974. México.
- 23.- Holt, S., et al.: Alcohol and the emergency service patient. Br. Med. J., 281: 638 1980. - U.S.A.
- 24.- Hurt, y Cols. Diagnosis of alcoholism with a selfadministered alcoholism screening test. Mayo clin. Proc., 55: - 365, 1980. U.S.A.

- 25.- Jacobs Michael R. Problems. Presented by Alcoholic Clients. PP. 9-23 Addiction Research Foundation, Toronto, - 1981. U.S.A.
- 26.- Jaffe Jerme y 'Cols. Vicios y Drogas PP. 97-112 Harla S.- A. de C.V. 1980. U.S.A.
- 27.- Jariwalla, A,G,; y Cols. : Alcohol an acute general admissions to hospital. Health trends, 11:95, 1979. U.S.A.
- 28.- Jarman, C.M.V. y Kellett, J.M.: Alcoholism in the general Hospital. Br. Med. J., 2-469 1979. U.S.A.
- 29.- Kinney an Leaton. "Loosening the grip". A handbook of alcohol information the C.V. Mosby Company. St. Louis, - Toronto, London 1983. U.S.A.
- 30.- Magaña Reyes Guillermo. "Como dejar de beber en 24 horas". PP. 145-166 Talleres de Litográfica Oro, S.A. - - - septiembre, 1985. México.
- 31.- Mcguigan F.J. Psicología experimental PP. 124-127, 133-- 211, y 399. 3a. Edición Ed. Trillas 1984. México,
- 32.- Moore RA, Muyphyt: Denial of alcoholism as an obstacle to recovery, Quart J. Stud Alcohol 22:597-609, 1961. USA.
- 33.- Moore RA: The diagnosis of alcoholism in a psychiatric hospital: Atrial of the michigan alcoholism Screening test (MAST) AM J. Psychiatry 128: 1565-1569,1972. U.S.A.

- 42.- Pokorny A.D. y Cols. The Grief Mast: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test. AM. J. Psychiatry 129: 342-345, 1972. U.S.A.
- 43.- Sanchez hector 'la lucha en México contra las enfermedades mentales. Fondo de cultura económica PP. 43-44, 1974.
- 44.- Screening Tests for alcoholism. Ed. Lancet 2: 1117 - - 1980. U.S.A.
- 45.- Selzer M.L.: Michigan Alcoholism. Screening test. (MAST) Preliminar y report. univ. Mich. Med. Cent. J. 33:58-63, 1967. U.S.A.
- 46.- Selzer, M.L.: The Michigan Alcoholism Screening test: -- The quest for a new dignostic instrument. AM. J. Psychiatry, 127: 1953, 1971. U.S.A.
- 47.- Selzer, M.L.: y Col. A screening program to detect alcoholism in traffic offenders, in the prevention of highway injury. Editd by selzer y col. University de Michigan pp. 44-50; 1967. U.S.A.
- 48.- Sidney Siegel.: Estadística no paramétrica pp. 25-37. - Décima reimpresión Ed. Trillas, 1986. México.
- 49.- Souza y Machorro Mario Dr. Soc. Turull Torres Francisco Taller "El Paciente Alcohólico". Instituto Mexicano de - Psiquiatría. 7, 8, 9 de noviembre de 1983. México.

- 50.- Swenson y Cols. The use of a Self-Administered Alcoholism screening test (SAAST) in a Medical Center. Mayo Clin. -- Proc., 50: 204, 1975. U.S.A.
- 51.- Torres Ramón El Flagelo del Alcoholismo, la trampa mortal pp. 221-231 Editores Mexicanos Unidos, S.A., 2a. edición, 1982. México.
- 52.- Vecchio, T.J.: Predictive Value of singel diagnostic test in unselected population. Engl. J. Med., 274:1171,1966. - USA.
- 53.- Velazco Fernández Rafael. "Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo" pp. 11-35. Editorial Trillas, México 1985.
- 54.- Waller J. Identification of problem drinking amon drunken Drivers. JAMA 200: 124--30. 1967. U.S.A.
- 55.- William R. Miller.: The addictive behaviors: treatment - of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity. pp. 11 - 110, pergamon press first edition 1980. U.S.A.