



82
Rej

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**BEBEDORES PROBLEMA EN MEXICO:
PROPUESTA DE INTERVENCION
ADICIONAL PARA EL PROGRAMA
DE AUTO - CONTROL DIRIGIDO**

T E S I S

Que para obtener el Título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n :

GALINDO ALVAREZ VERONICA

SALINAS MARTINEZ ESTHER



**Director de Tesis:
Dr. Héctor E. Ayala Velázquez**

México, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

AGRADECIMIENTOS

A la Maestra Mariana Gutiérrez Lara

Te damos las gracias por que nos ayudaste a crecer en nuestra formación profesional siempre de una manera incondicional. Para ti no hubo tiempos ni espacios siempre estuviste con nosotros cuando se requirió.

Por ser maestra, supervisora, asesora, jefa, guía y ejemplo en diferentes ámbitos de nuestra formación académica. Y, por encima de TODO lo anterior, por ser amiga ("compa") y "adoptarnos".

Sabemos que decirte gracias es insuficiente, sin embargo, lo hacemos a manera de un pequeño pero significativo reconocimiento.

GRACIAS

A los Sinodales:

Dr. Héctor Ayala

Por permitirnos colaborar en el programa y brindarnos todas las facilidades para la realización de esta tesis. Por sus comentarios y llamadas de atención que nos condujeron a mejorar el presente trabajo y en general nuestro desempeño profesional.

Lic. Leticia Echeverría

Por el constante interés, tiempo e impulso otorgado a nuestro trabajo y personas. Mil gracias.

Lic. Georgina Cárdenas

Por ser nuestra maestra y confiar en este trabajo.

Mtro. Ariel Vite

Por la supervisión desde el inicio de este trabajo, y por sus invaluable anotaciones.

Lic. Noemí Barragán

Por el entusiasmo y confianza hacía esta tesis.

A las Personas del Centro de Servicio Psicológicos "Acasulco"

En Evaluación

*A Paty Oviedo y Lety Echeverría por ser unas jefas comprensivas.
Aidé, Clau Garduño e Hilda por su apoyo y Amistad.*

En Tratamiento

*A Claudia, Dora, Jaime, Maru, Miroslava y Sandy por manifestarnos
su interés y alentarnos a echarle ganas.*

*En particular a Miguel Ángel por rescatarnos mil veces de las garras
de la computadora.*

A la Lic. Irma Russek

*Por ayudarnos a sortear los pequeños inconvenientes técnicos que a
diario enfrentamos en "Acasulco".*

A los Diseños

Celia, por su apoyo y Abraham por su interés... y por las gráficas.

En la Facultad de Psicología

*Una dedicatoria especial a nuestras amigas durante y después de la
carrera: Marcela, Concepción, Gabriela, Catalina y Angélica.*

*A todos los maestros que influyeron en nuestra formación académica,
por ser ejemplo a seguir.*

VERO Y ESTHER

DEDICATORIAS

A mi mami, Inés Martínez, por que gracias a tu esfuerzo, en todos los aspectos, funciona la familia. Gracias por la paciencia y apoyo brindados desde que me enseñaste a leer.

A mi papá, José Delfino Salinas, por presionarme y ser "la censura" todo el tiempo. Gracias por indicarme el camino a través del ejemplo.

A mis hermanas, Maribel y Sonia, mis mejores amigas. Por ser solidarias incondicionalmente pero también críticas, jueces y verdugos a la menor provocación.

A mis Abuelitos, Juana y Aurelio, por el cariño y cuidados de toda la vida y por las desveladas otorgadas por 3 futuras profesionales.

A mis Tías y Tíos, que siempre se preocuparon y ayudaron en todo lo que les fue posible.

A Luis López, porque seguramente estaría orgulloso.

A Alberto, por añadir tu amor y el factor reto que faltaban. Por querer compartir todo lo que implicaba la realización de este trabajo y resistir hasta el final.

A todos mis Amigos y Amigas que desde diferentes niveles y formas contribuyeron y se interesaron por mi trabajo. Sería muy extenso citar nombres, sin embargo, ustedes saben quiénes son y eso es lo importante.

A Vero, por todas las metas que logramos juntas, por tu gran tolerancia a la frustración, por soportar todas mis gracias, por el libro de anécdotas que vamos a escribir (seguramente van a ser dos tomos)... en fin, por tu Amistad de todos estos años y los que faltan. Muchas Gracias Vero.

ESTHER.

A mi esposo, Héctor González, lo mejor de mi vida, porque confiaste en mí y me otorgaste la oportunidad de seguir estudiando, desde la secundaria hasta la profesión. Has estado conmigo viviendo los altibajos que esto implica. Gracias por tu paciencia (aunque a veces la pierdes). Por tu crítica constructiva que impera en ti. Gracias te quiero.

A mis hijos, Michele A. y Héctor O., mi gran luz, que crecieron a la par con mis estudios a los que les robe un poco de tiempo y, también, por los que me exigí finalizarlos para devolverles todo lo que me han dado. Los quiero mucho.

A mi mamá, Esther Alvarez, que siempre me has brindado tu apoyo y comprensión cuando más lo he necesitado. Gracias por confiar en mí.

A mi papá, David Galindo, que si estaría físicamente sería el hombre más feliz del mundo.

A mis hermanos, por compartirme su cariño y apoyo. Gracias por estar conmigo siempre.

A mis suegros, Leonor y Arnulfo, por aceptarme como su nuera y brindarme su ayuda a lo largo de mi matrimonio. Gracias Suegro, por ser conmigo el papá que nunca tuve.

A mis cuñados (as) y concuñas, que han participado en diferentes formas para seguir luchando y terminar lo empezado.

A Tía Chuy como un pequeño homenaje muy merecido. Gracias.

A mis amigas, amigos que me permitieron aprender y estar con ustedes a lo largo de esta trayectoria. Gracias por darme su amistad.

Y a todas aquellas personas que siempre estuvieron pendientes e interesadas por mis estudios, para mí jugaron un papel primordial que pienso que con nada se paga. Gracias.

A ti Esther:

Por alentarme a seguir creciendo académicamente, por todos los momentos que compartimos juntas (alegrías, enojos, berrinches, frustraciones...) a lo largo de este trabajo: Pero sobre todo por ser mi amiga incondicional.

VERO.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION.....	i
CAPITULO I	
EPIDEMIOLOGIA.....	1
CAPITULO II	
PATRONES DE CONSUMO.....	4
CAPITULO III	
TRATAMIENTOS TRADICIONALES.....	5
CAPITULO IV	
ALCOHOLICOS VS. BEBEDORES PROBLEMA.....	9
CAPITULO V	
APROXIMACION DE AUTO-CONTROL.....	10
CAPITULO VI	
TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL.....	19
CAPITULO VII	
PROGRAMA DE AUTO-CONTROL DIRIGIDO	
PARA BEBEDORES PROBLEMA.....	21
JUSTIFICACION Y OBJETIVO.....	28
CAPITULO VIII	
METODO.....	29
CAPITULO IX	
RESULTADOS.....	36
CAPITULO X	
DISCUSION.....	56
CAPITULO XI	
PROPUESTA.....	59
SUGERENCIAS.....	61
REFERENCIAS.....	62

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue analizar las características de los usuarios que solicitaron sesiones adicionales dentro del Programa de Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema, para conocer los factores que conducen a éstos a solicitarlas y proponer un esquema que permita el mantenimiento de las metas alcanzadas y ayuden a la generalización de las habilidades aprendidas en relación a su consumo. Para este propósito se utilizó un diseño ex-post-facto comparando los datos de los instrumentos de evaluación y tratamiento de 30 usuarios del programa; los cuales se dividieron en 2 grupos: El primer grupo quedó integrado por 15 usuarios que terminaron su tratamiento en 4 sesiones y el segundo grupo por 15 usuarios que solicitaron sesiones adicionales. El análisis de los datos señala que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos; sin embargo, si se encontraron diferencias interesantes entre ambos grupos en las áreas Familiar, Laboral Social y Económica. Se discuten estos resultados y se propone un esquema de intervención para las sesiones adicionales, además se hacen sugerencias para estudios posteriores.

INTRODUCCION

El abuso en el consumo de alcohol afecta a la salud y el desarrollo de los individuos en los ambitos familiar, económico y social. Debido a ésto, se ha abordado su estudio desde diferentes perspectivas; sin embargo, el tratamiento no toma en cuenta el nivel de dependencia al alcohol de cada individuo e interviene del mismo modo en todos los sujetos. Como una alternativa para aquellas personas que no muestran una dependencia severa pero que tienen problemas ocasionados por el consumo de alcohol, se instrumenta en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México el Programa de Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema, basado en el Modelo de Sobell y Sobell (1991) realizado con población Canadiense. Tal instrumentación manifiesta algunas variaciones en su aplicación de acuerdo a las condiciones y contingencias locales. Una de ellas es la necesidad de sistematizar las sesiones adicionales. Por lo que la meta del presente trabajo fue hacer una propuesta para la sistematización de las sesiones adicionales de dicho programa.

Con base en la siguiente revisión:

En el Capítulo I, se revisan los datos más sobresalientes con respecto al consumo de alcohol en la Encuesta Nacional de Adicciones (1991), y los Criterios de Dependencia según la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10).

En el Capítulo II, se revisan los Patrones de Consumo distinguidos por la Encuesta Nacional de Adicciones (1991).

El Capítulo III, se enfoca a los tratamientos tradicionales para el abuso en el consumo de alcohol: Tratamientos Farmacológicos, Psicoterapia, Terapias Aversivas y sus limitaciones.

En el Capítulo IV, se hace la distinción entre Alcohólicos y Bebedores Problema.

El Capítulo V, es una revisión de la Aproximación de Auto-Control, las investigaciones que se han realizado acerca de ésta y sus limitaciones.

El Capítulo VI, describe brevemente la Teoría del Aprendizaje Social y cómo explica el consumo de alcohol.

En el Capítulo VII, se describe el modelo del Programa de Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema: premisas principales, características y componentes. También se incluyen los resultados obtenidos a la fecha. Además se hace la justificación del presente trabajo y se plantea su objetivo.

El Capítulo VIII, es la metodología de la presente investigación.

El Capítulo IX, se enfoca a los resultados que se obtuvieron.

El Capítulo X, describe la discusión en base a los resultados.

En el Capítulo XI, se hace la propuesta para las sesiones adicionales. Se agregan algunas sugerencias para futuras investigaciones.

Se concluye en que este estudio es preliminar, por lo tanto se sugiere seguir desarrollando investigaciones en donde se analicen las diversas variables con una muestra mayor que permita observar diferencias significativas.

CAPITULO I

EPIDEMIOLOGIA

El abuso de sustancias susceptibles de causar adicción, se caracterizan por ser un fenómeno complejo de génesis múltiple, que afecta a la salud y el desarrollo de los individuos en los ámbitos familiares, económico y social y tiene características propias inherentes a cada país (Labrandero, 1986).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado a los problemas relacionados con el alcohol como una amenaza a la salud pública, y ha llamado a los países a desarrollar acciones a fin de reducir su consumo (Moser, 1985)

En México, el alcoholismo y los problemas relacionados al consumo de alcohol constituyen un problema serio de salud pública, tanto por sus consecuencias sociales como por los graves efectos de su consumo excesivo que tiene sobre la salud de los individuos (Campillo-Serrano, 1984; Rosowsky y de la Fuente, J.R. 1988).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (1991), la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en nuestro país, en la población urbana de 12 a 17 años es de 27.6%, mientras que, para los individuos de 18 a 65 años es de 53.5%. De este último grupo de edad aproximadamente la quinta parte, tienen una frecuencia de embriaguez de cuando menos una vez por mes; para las mujeres, este porcentaje es inferior al 1%.

El 5.9% del total de la población urbana de 18 a 65 años cumple con el criterio de dependencia al alcohol, esta prevalencia es de 12.5% para los hombres, y 0.6% para las mujeres. Siendo los hombres de 18 a 29 años, quienes tienen una mayor prevalencia de dependencia al alcohol.

En cuanto a la escolaridad, se aprecia un incremento en la prevalencia a la dependencia al alcohol a medida que se reduce el número de años cursados. Así, la población con menos de 6 años de escolaridad presenta una prevalencia de 6.7%, en contraste con aquella que tiene 13 o más años cursados, en donde se observa una prevalencia de 2.8%.

Con respecto a las consecuencias por su consumo, el 16% de bebedores y ex-bebedores se vio involucrado en accidentes automovilísticos o violencia alguna vez, el 14.9% reportó haber tenido problemas con su familia y el 12.4% ha tenido problemas de salud por este motivo. Del total de bebedores actuales, el 35.8% tuvo problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.

En la Región Centro (Guanajuato, Hidalgo, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala), en donde se observa la prevalencia de dependientes al alcohol más elevada (7.2%) y en la Región Centro Sur (Guerrero, Michoacán, Oaxaca y Veracruz), la más baja (4.7%).

A la fecha existen una serie de criterios para considerar a una persona como dependiente al alcohol. Entre los criterios de dependencia considerados por la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), se encuentran:

- 1) Abandono progresivo de actividades y placeres alternativos por el uso de alcohol.*
- 2) Persistencia del abuso a pesar de consecuencias dañinas.*
- 3) Necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado o disminución notable del efecto utilizando de forma regular la misma cantidad de alcohol (tolerancia).*
- 4) Manifestación de un estado fisiológico por la abstinencia de bebidas alcohólicas.*
- 5) Aparición de síntomas de abstinencia alcohólica (por ejemplo temblor matutino) después de abandonar o reducir el consumo.*
- 6) Uso de la sustancia con la intención de aliviar los síntomas de abstinencia y con la conciencia de que esta estrategia es efectiva.*
- 7) Reducción del repertorio conductual: cambios en los hábitos de consumo, es decir, toma siempre igual no importa si es entre semana o asiste a alguna fiesta.*

8) Conciencia subjetiva del deterioro en la capacidad de controlar la conducta de uso de la sustancia, ya sea en cuanto al inicio, terminación o niveles de uso.

9) Fuerte deseo o sensación de compulsión a tomar alcohol.

10) Evidencia de que al volver a usar alcohol, después de un período de abstinencia, conduce a una reinstalación más rápida de otros rasgos del síndrome de lo que ocurre con individuos que no son dependientes.

Como se mencionó la población de bebedores que presentan dependencia física constituye el grupo más pequeño entre los consumidores de alcohol.

CAPITULO II

PATRONES DE CONSUMO

La Encuesta Nacional de Adicciones (1990) distingue 7 patrones de consumo de alcohol.

Abstemios. Personas que consumen bebidas alcohólicas con una frecuencia menor de una vez al año.

Bebedores poco frecuentes. Personas que consumen una vez al año con mayor frecuencia, pero menos de una vez al mes.

Bebedores moderados de bajo nivel. Personas que consumen una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez por semana y que nunca consumen más de 5 copas por ocasión de consumo.

Bebedores moderados de alto nivel. Personas que consumen una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez por semana y que consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, por lo menos una vez al año.

Bebedores frecuentes de bajo nivel. Personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que nunca consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, por lo menos una vez al año.

Bebedores frecuentes de alto nivel. Personas que consumen una vez por semana o con mayor frecuencia y que consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, por lo menos una vez al año.

Bebedores frecuentes consuetudinarios. Personas que reportan consumir una vez por semana o con mayor frecuencia y que consumen 5 copas o más por ocasión de consumo, por lo menos una vez por semana.

CAPITULO III

TRATAMIENTOS TRADICIONALES

El problema del consumo excesivo del alcohol, se ha abordado desde diversas perspectivas, la más tradicional la representan las ciencias médicas, lo cual lo considera como una enfermedad progresiva , por lo cual plantea como criterio de éxito y objetivo de tratamiento la abstinencia con tres aproximaciones fundamentales de abordaje o intervención:

TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

Tratamientos Farmacológicos: El medicamento que más se ha empleado en el tratamiento del bebedor ha sido el disulfiram. Este provoca en el paciente una reacción fisiológica antagónica a la ingesta de alcohol, y su efecto se mantiene por períodos apreciablemente significativos. En los pocos estudios controlados que existen, la evidencia empírica es controvertida. Por un lado Wallestein (1956, 1957, 1858), usando disulfiram oral, así como Kline y Kingstone (1977), empleando disulfiram depot, reportan efectos benéficos en el tratamiento de bebedores problema. Gallant y cols. (1968), no encontraron diferencias positivas entre el disulfiram y otro tipo de tratamiento no medicamentoso.

Los mismos resultados controversiales se reportan en investigaciones sobre tratamiento empleando otro medicamento, el carbamido citrato de calcio. Marconi y cols. (1961), reportan un efecto benéfico en su uso, mientras que investigadores tales como Bell (1956) y Armstrong y Kerr (1956) encuentran resultados contrarios.

Respecto al uso de metronidazol, otra sustancia que se emplea para provocar respuestas antagónicas a la ingestión de alcohol, Taylor (1964) señala que ésta produce una abstinencia en sus usuarios que va de dos a cinco meses. También Semer y cols. (1966) y Platz y cols. (1970) reportaron resultados positivos, sobre todo con bebedores moderados. Sin embargo, Lowenstan (1969) y Gallant y cols. (1968) no hallaron diferencias positivas en intervenciones empleando esta sustancia y otros tratamientos puramente psicológicos, a la vez que Goodwin y Reinhard (1972), y Rada y Kellner (1979) revelaron resultados negativos.

El empleo de agentes psicotrópicos ha sido reportado (Gessner, 1979; Fox y Smith, 1959; Lowenstan, 1967) con buenos resultados en el tratamiento del bebedor problema, sobre todo en el proceso de desintoxicación. También se manifiestan resultados positivos (Rada y Kellner, 1979) en el uso combinado de agentes ansiolíticos con tranquilizantes menores. En otro grupo de estudios controlados, el uso combinado de estos medicamentos ha probado ser inefectivo para mantener al bebedor abstemio por períodos aceptables (Bartholomew y Guille, 1961; Rosenberg, 1974). Por otro lado, Kline y cols. (1974), y Merry y cols. (1976), reportan resultados igualmente negativos en el empleo del litio en el tratamiento del alcohólico y el bebedor problema.

PSICOTERAPIA

Psicoterapia. El uso de psicoterapias individuales y de grupo con un énfasis en el insight como base del proceso terapéutico, fueron y son la estrategia de intervención más usual utilizada con alcohólicos y bebedores problema. Goldstein y Stein (1976) reportaron resultados positivos con un grupo de alcohólicos a través de la terapia psicoanalíticamente orientada. Por otra parte, Baekeland, Lundwall y Kissin (1975) encontraron que el 15 por ciento de los sujetos que acudieron a terapia de grupo bajo esta aproximación logró la abstinencia, y en el 47 por ciento de los casos se consiguió reducción en el consumo.

Sin embargo, Curlee (1971) señaló que sólo los pacientes de clase social alta, con coeficientes intelectuales elevados y buenos niveles de imaginación, son buenos candidatos a la psicoterapia. Otros estudios también señalan su bondad y beneficios con esta población (Lynn, 1976; Zimberg y cols., 1978), pero la preponderancia de los estudios controlados apuntan hacia el consenso de que las psicoterapias no son el tratamiento de elección en el caso del alcohólico y el bebedor problema (Ewing, 1974; Moore, 1963 y Shea, 1954) y, aún más importante, que la mayoría de las veces en que se utiliza esta aproximación se carece de investigaciones que comprueben su efectividad (Matakas, Koesler y Leidner, 1978).

TERAPIAS AVERSIVAS

Terapias Aversivas. En las terapias aversivas se utilizan sustancias desagradables o estimulación eléctrica dolorosa acompañadas con la ingestión de alcohol en situaciones controladas, en un esfuerzo por establecer una respuesta condicionada negativa al consumo.

Con el empleo de sustancias que provocan náuseas al asociarse con bebidas alcohólicas, se encontraron resultados tanto positivos (Weins y cols., 1976) como negativos (Wallerstein, 1958) en el tratamiento al bebedor problema. Sin embargo, no existe un estudio controlado con una población lo suficientemente amplia para poder emitir conclusiones definitivas sobre este tipo de tratamiento, el cual dejó de emplearse frecuentemente por las aplicaciones éticas de su uso.

Un panorama igualmente inconcluso se observa con el empleo de estimulación eléctrica dolorosa. Por un lado, se reportan resultados positivos (Franks, 1970; McGuire y Vallance, 1964), mientras que otros investigadores dieron a conocer resultados en los que no se encuentran diferencias positivas en su uso (Miller, 1978; Vogler y Caddy, 1973). Otros autores encontraron un impacto negativo en un estudio bien controlado y con un seguimiento de más de tres años (Caddy y cols., 1978).

LIMITACIONES

Esta aproximación convencional manifiesta dos problemas en su forma de intervención: por un lado, el foco principal de los esfuerzos de los especialistas, ha sido con la población que tiene una dependencia severa y, por otro, durante años los individuos que experimentan patrones de consumo menos severos, han sido considerados como personas en un estado temprano de desarrollo progresivo de alcoholismo y han sido tratados con los mismos procedimientos usados para casos severos, dándoles el mismo pronóstico y el mismo tratamiento. Estos individuos con frecuencia no están preparados a aceptar la abstinencia por el resto de sus vidas y en muchos casos parece no ser necesaria (Cárdenas y cols., 1991). Inclusive se afirma, que beber cantidades moderadas de alcohol es provechoso porque reduce las posibilidades de contraer enfermedades cardiovasculares en especial trombosis coronaria. También disminuye la ansiedad, calma las emociones y, por lo tanto, reduce el estrés (Anderson, 1991).

Además, los bebedores severos crónicos requieren atención médica especializada y terapia de apoyo; pero a la fecha existe poca evidencia de que se trate de una enfermedad. La teoría del alcoholismo como una enfermedad, quizá resulte tranquilizadora para ellos y sus familiares, y probablemente sus médicos agradezcan cualquier opinión que facilite el tratamiento, pero la mayoría dirá que se trata de un síntoma no de una enfermedad (op.cit.).

CAPITULO IV

ALCOHOLICOS VS. BEBEDORES PROBLEMA

Estudios epidemiológicos desarrollados, instrumentados durante las últimas dos décadas han mostrado la existencia de una gran cantidad de personas que tienen problemas ocasionados por el alcohol, pero no observan una dependencia severa

La diferencia existente entre las personas que tienen síntomas de retiro severo y aquellas que no lo tienen, es que estos últimos presentan problemas claramente identificables con el uso de alcohol, pero no son severamente dependientes y son referidas como bebedores problema (Sobell & Sobell, 1987).

Lo cual se ha demostrado, a través de una serie de estudios en los que se señala que el tratamiento más adecuado para el bebedor problema, difiere importantemente de los tratamientos tradicionales que se han desarrollado para individuos con dependencia severa (Babor, Ritson y Hodgson, 1986; Heather y Robertson, 1983; Hill, 1985; Miller y Hester, 1980; Orford, Oppenheimer y Edward, 1976). Los bebedores problema parecen beneficiarse más de tratamientos breves de consulta externa que de tratamientos intensos y residenciales. Por otro lado, estos se interesan en la moderación del consumo más que en la abstinencia, sin importar los procedimientos que se llevan a cabo durante el tratamiento (Cárdenas y cols. 1991).

Además de que sólo una minoría de individuos que presenta problemas en el beber en un momento dado podrá presentar estos problemas con igual o mayor magnitud en un tiempo futuro si continúan bebiendo (Mandell, 1983; Pattison y cols., 1977). El patrón más típico es el que se caracteriza por periodos de problemas en el beber de variada severidad, interrumpidas por periodos de abstinencia o de beber moderado no problemático. El bebedor problema existe en un número superior a los bebedores con dependencia severa, en una tasa que va de 3 a 1 hasta casi 7 a 1, dependiendo del criterio que se utilice para definir los problemas del alcohol (Calahan, 1970; Calahan y Room, 1974; Fillmore y Midanik, 1984; Polich, 1981; Vaillant, 1983).

CAPITULO V

APROXIMACION DE AUTO-CONTROL

Como consecuencia de esta serie de investigaciones en la década de los 70's se desarrollan y evalúan los primeros programas de tratamiento que tienen como meta la moderación. Lovibond y Caddy (1970) evaluaron un complejo programa de Entrenamiento Conductual de Auto-Control (ECAC), el cual incluía consumo actual de los clientes y electroshocks. Dicho estudio se dividía en 2 fases: En la primera los 31 sujetos eran entrenados para discriminar su Concentración de Alcohol en la Sangre (CAS), es decir, al principio se proveía a los sujetos de una escala muy general de los efectos conductuales que acompañan típicamente a las diferentes concentraciones de alcohol en la sangre, y posteriormente se les pedía que ingirieran alcohol en jugo de frutas y que examinaran su experiencia subjetiva y su conducta con base en una estimación de su CAS cada 15 a 20 minutos, a fin de que asociara este estado subjetivo con la lectura del medidor y construyera su propia escala sintomática de CAS.

En la segunda fase de tratamiento se aplicaba condicionamiento aversivo, colocándose a los sujetos electrodos en diversas áreas de la cara y el cuello. Se les pedía a los sujetos que tomaran su bebida alcohólica preferida en una proporción fija designada para elevar su CAS a 0.065% en aproximadamente una hora y media. Al igual que en la primera fase se les pedía una estimación de su CAS actual en el medidor. Posteriormente se les decía a los sujetos que podían tomar libremente hasta quedarse por debajo de 0.065% en la "línea roja" del medidor. Tan pronto como su CAS subía a este valor, entonces debían esperar a que se les administraran shocks cuando bebían. Ocasionalmente, el shock se administraba cuando los sujetos levantaban su vaso, pero en varias pruebas el shock se retardaba hasta que los sujetos estaban tomando el alcohol. Las primeras 3 sesiones eran espaciadas aproximadamente 5-7 días, y se les administraba de 8-10 shocks siempre y cuando pudieran tolerar este número. Después de 6-12 sesiones y de 30-70 shocks, 21 sujetos reportaron que habían conseguido controlar su consumo.

Brown (1980), encontró que un programa ECAC, comparado con un programa de Educación convencional de alcohol, fue significativamente más efectivo alterando la conducta de beber de los conductores ebrios infractores. Se asignaron a 60 sujetos, detenidos por conducir en estado de ebriedad, aleatoriamente a un grupo de educación para beber, a un grupo de educación convencional y a un grupo control de no educación.

Al primer grupo se le dieron 5 sesiones de 3 horas en el Centro de Investigaciones donde se instaló un bar experimental. En la sesión de línea base inicial las conductas de beber de los sujetos fueron registradas dentro de condiciones preestablecidas. En la siguiente sesión los sujetos recibieron entrenamiento para auto-estimar el nivel de alcohol en la sangre con la ayuda de la prueba del aliento observando videos y contestando cuestionarios de conductas controladas de beber. Y practicando la ingesta controlada para reducir la intensidad del consumo, disminuyendo el tamaño de los sorbos y espaciando los tragos establecidos previamente para bebedores normales. (Williams y Brown 1974). El consumo durante la segunda mitad de cada sesión de entrenamiento era contingente a que los sujetos contestaran correctamente 70% o más de las preguntas de los cuestionarios y que a la mitad de la sesión registraran en la prueba del aliento una escala de 50% o menos de nivel de alcohol en la sangre acordado para esa sesión. La tarea asignada incluía una lista anticipada de los beneficios de una ingesta controlada y del auto-registro del consumo de alcohol diario.

Al grupo de educación convencional se le dieron 5 sesiones de 3 horas que consistían de una platica de 30 minutos y una película. Los temas que trataba eran: beber y conducir, beber y salud física, efectos de beber en la familia, y cómo modificar la conducta de beber. La sesión final consistió en una revisión de 60 minutos del material de las sesiones previas y un período de discusión en el cual fueron presentadas las tareas asignadas a los sujetos de estrategias personales para evitar futuras infracciones por conducir ebrios. En el grupo control no se dio ninguna sesión adicional pero siguieron llevando a cabo sus tareas asignadas por el Centro de Detención Periódica. Para la realización de dicho estudio los componentes que se tomaron en cuenta para evaluar la efectividad del tratamiento fueron: Disposición a beber y ajuste psicosocial.

La disposición a beber fue medida por el número de días de abstinencia, el número de días en que se consumió con control y el número de días en que se consumió sin control. El consumo controlado fue definido como un consumo diario de menos de 80 gramos de alcohol. Se les pidió a los sujetos también el número de ocasiones en los cuales ellos habían conducido un auto después de beber alcohol.

El ajuste psicosocial fue determinado por las respuestas de los sujetos a 12 entrevistas cuyos reactivos fueron diseñados para evaluar estatus doméstico, vocacional, interpersonal, salud y contacto con las agencias de la comunidad en los últimos 90 días.

El grupo de entrenamiento para beber con control mostró una reducción significativa en el número de días en los cuales los sujetos beben sin control. Los episodios de conducir después de beber decrecieron en los 3 grupos durante el seguimiento.

Una segunda serie de estudios fue conducida por Vogler y sus colegas. Con seguimientos de 12 meses, Vogler reportó tasas de control de bebida fluctuando de 65 a 66% (Vogler, Compton y Weissbach, 1975; Vogler, Weissbach, & Compton, 1977; Vogler, Weissbach, Compton & Martin, 1977). En el primero de ellos se formaron 2 grupos de alcohólicos crónicos, el primer grupo quedó constituido por 23 sujetos y se le aplicaron las técnicas de a) auto-confrontación de la conducta de beber en exceso, b) entrenamiento para la discriminación de la concentración de alcohol en la sangre, c) entrenamiento aversivo para el consumo excesivo, d) práctica de discriminación de evitación, e) entrenamiento en alternativas y asesoría conductual. Al segundo grupo de 19 sujetos sólo se le dieron los tres últimos componentes. Después de un año de seguimiento hubo un decremento significativo en el consumo de alcohol en ambos grupos, pero el grupo 1 disminuyó más significativamente que el grupo 2. También se observaron en la conducta de los sujetos cambios favorables en relación a: los compañeros con los que consumía, la elección de la bebida alcohólica y los lugares en donde consumía. Esto concluyó que el 65% de los alcohólicos crónicos aprendieron a beber de manera controlada como un resultado de las técnicas usadas y de la orientación del programa.

En el segundo estudio se contó con 148 sujetos 68 considerados como alcohólicos y 80 como bebedores problema. Los sujetos alcohólicos fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos, y, los bebedores problema a uno de cuatro grupos. A todos se les hizo examen médico y entrevistas de historia de consumo, las cuales constituyeron la fuente de los datos del pretratamiento. Varias combinaciones de técnicas basadas en el aprendizaje como el consejo educacional fueron usadas con los sujetos de los diferentes grupos en los dos estudios.

Los componentes del entrenamiento incluyeron:

a) Reproducción del video de la conducta de beber en exceso para motivar a los sujetos a participar activamente en el proceso de cambio b) Entrenamiento en la discriminación de concentración de alcohol en la sangre para facilitar el reconocimiento de varios niveles de intoxicación y niveles precedentes, en los cuales el sujeto debería beber, c) Entrenamiento aversivo para puntuar el conocimiento de aquellas ideas asociadas con niveles excesivos de alcohol en la sangre (superior 50 mg%), d) Práctica de evitación discriminada para obtener experiencia en beber moderadamente dentro de condiciones de consumo normal e) Educación en alcohol, el cual orienta a los sujetos con respecto a la viabilidad del consumo moderado, corregir los conceptos erróneos acerca del alcohol, lo cual lleva a estrategias de consumo en situaciones de alto riesgo y una exposición razonada de otras técnicas, f) Consejo para la conducta de beber moderadamente para enseñar habilidades sociales rudimentarias necesarias para lograr un consumo moderado (v.g. relajación, entrenamiento en asertividad para rechazar bebidas), y g) Entrenamiento para introducir actividades incompatibles con el consumo excesivo.

La efectividad del tratamiento fue de un 63% de acuerdo al número de abstemios, de bebedores controlados y recaídas. Particularmente en alcohólicos se obtuvo un 59% de efectividad mientras que los bebedores problema obtuvieron una mayor efectividad ya que fue de 66%.

El último estudio fue conformado por 80 bebedores problema, los cuales se dividieron en partes iguales. Dicho estudio evaluaba el potencial terapéutico de las técnicas de aprendizaje en el cambio de patrones de abuso en el consumo de alcohol y en lograr la moderación. Los componentes que se utilizaron en dicho estudio fueron los siguientes:

La auto-confrontación a través del video del comportamiento ebrio, entrenamiento en aversión para el consumo excesivo, entrenamiento en la discriminación de alcohol en la sangre, entrevistas en alternativas, consejo en la conducta del consumo moderado y educación en alcohol. Al grupo 1 se le aplicaron todas las técnicas, al grupo 2 las últimas tres.

Durante el primer año de seguimiento se encontraron en todos los grupos decrementos significativos en el consumo de alcohol, y el porcentaje de bebedores moderados cambio de 0% a 62.5%. Los autores concluyen que la moderación es una meta accesible y factible para los bebedores problema más que para los alcohólicos crónicos.

La evaluación más difundida del procedimiento de entrenamiento en Auto-Control fue conducida por Sobell & Sobell (1973). Con 70 pacientes alcohólicos, quienes voluntariamente se internaron en un Hospital del Estado para tratamiento de alcoholismo, y fueron estudiados a través de un examen psiquiátrico y médico. Los investigadores entrevistaron a cada uno de los pacientes por 45 minutos para determinar su deseo de tratamiento y la meta de éste: Abstinencia o Consumo

controlado. Los sujetos quienes podrían socialmente identificarse con Alcohólicos Anónimos (A.A) ya que requerían abstinencia y/o les faltaba soporte social externo para controlar su ingesta, fueron siempre asignados a la abstinencia. Los sujetos quienes requerían consumo controlado, tenían disponible un significativo soporte social externo para dicha conducta y/o habían practicado exitosamente el consumo social, fueron considerados candidatos potenciales para la meta de consumo controlado. Los investigadores designaron la meta de tratamiento y posteriormente fueron asignados o a un grupo control recibiendo sólo el tratamiento convencional del hospital (Extensas terapias de grupo, juntas de A.A., tratamiento con fármacos, fisioterapia y terapia ocupacional), o a un grupo experimental recibiendo 17 sesiones de tratamiento conductual sumadas al tratamiento convencional del hospital. Estas 17 sesiones comprenden: Video de la conducta de beber en exceso, educación en el consumo moderado de alcohol, video de auto-confrontación, pruebas de experiencias negativas (control de estímulos, diferenciar videos de la conducta de beber en exceso y de la conducta de beber moderadamente).

Todos los sujetos habían experimentado algunos síntomas de retiro, daño en su salud física, finanzas y posición social como resultado de su consumo excesivo. Por lo tanto todos los sujetos cumplieron con el criterio de alcohólicos gamma de Jellinek (1960). Se reportó una gran mejoría en el grupo experimental recibiendo entrenamiento de ingesta controlada, en comparación a los tres grupos en entrenamiento enfocado a la abstinencia.

El éxito de este tratamiento fue cuestionado por Pendery Maltzman, y West (1982), quienes condujeron una revisión independiente de los casos experimentales. La controversia que rodea este estudio es compleja (Marlatt, 1985; Sobell & Sobell, 1984). Una conclusión, es que algunos de los bebedores problema responden mejor al tratamiento experimental basado en la ingesta controlada a través de largos periodos de tiempo, pero no hay diferencia significativa con aquellos que están recibiendo un tratamiento estándar orientado a la abstinencia. Esta conclusión es consistente con los resultados de un estudio más reciente en una población similar de pacientes, (Foy, Nunn, & Rychtarik, 1984) donde todos los sujetos del grupo experimental recibieron un tratamiento conductual amplio, consistente en educación de los efectos y consecuencias del alcohol, terapia de grupo, terapia individual, entrenamiento en auto-administración, entrenamiento en búsqueda de empleo y habilidades interpersonales, entrenamiento en habilidades para rechazar bebidas, entrenamiento en relajación. Además recibieron 15 horas de entrenamiento en la discriminación del nivel de alcohol en la sangre, entrenamiento en habilidades para un consumo responsable y sesiones de práctica para un consumo social. En un seguimiento de 6 meses los sujetos del grupo experimental tuvieron significativamente menos días de abstinencia y más días de consumo excesivo que aquellos sujetos del grupo control a los cuales sólo se les administró el tratamiento conductual amplio.

Otro estudio basado en el procedimiento ECAC fue conducido por Sánchez-Craig (1984). En él bebedores con problemas menos severos fueron asignados al azar a metas o de ingesta controlada o de abstinencia. Los componentes utilizados para ambos grupos fueron: automonitoreo de la conducta de beber, identificación de las situaciones de riesgo, y las competencias existentes, desarrollo de estrategias de afrontamiento y a los sujetos asignados al grupo de ingesta controlada se les dio además entrenamiento para el control del consumo y se les pidió que tuvieran un período inicial de abstinencia (tres semanas). El mejoramiento sustancial fue documentado a través de un seguimiento a 2 años, encontrando diferencias no significativas entre los grupos. Una réplica a pequeña escala hecha por Graber y Miller (1987) similarmente no produjo diferencias entre los grupos con relación a la meta asignada (abstinencia vs. moderación).

En una serie de evaluaciones, Miller y sus colegas han evaluado modos alternativos para ofrecer ECAC a bebedores problema. Comparaciones controladas han encontrado consistentemente diferencias no significativas en la efectividad entre una forma de ECAC auto-administrada (Miller y Muñoz, 1982) y una versión de terapia dirigida con la misma intervención, con los clientes de ambas condiciones encontraron mejoras significativas en un seguimiento de 2 años (Buck & Miller, 1981; Miller & Taylor, 1980; Miller, Gribskov & Mortell, 1981; Miller Taylor, & West, 1980). Del mismo modo, los

formatos de terapia grupal e individual para ECAC parecen redituar resultados comparables. Seguimientos de 3 a 8 años reflejaron proporciones progresivas de clientes que se convirtieron en abstemios totales, y un consistente 10% a 15% de pacientes tratados mantenidos en la moderación y libres de problemas de las consecuencias de beber (Miller, Pechacek, & Hamburg, 1981; Miller et al., 1980).

Uno de los métodos desarrollados que ha mostrado un creciente éxito ha sido el Entrenamiento de Auto-Control Conductual del Consumo del Alcohol (ACCA). Aunque existen algunas variaciones en su aplicación de acuerdo a las condiciones y contingencias locales, los programas que emplean el método de ACCA tienen en común las siguientes características: a) un programa educacional que está diseñado para lograr y mantener un nivel de consumo moderado y no problemático; b) usualmente se ofrece en una modalidad de consulta externa; c) de fácil adaptación a una variedad de formatos de presentación incluyendo el formato de grupo (salones de clase), individual y biblioterapia (Miller y Muñoz 1976).

Un programa de ACCA que ha mostrado particular éxito es el de Miller y cols. (Hamburg y cols., 1977; Miller, 1978a,b; y Miller y Muñoz, 1976), este programa establece una serie de componentes programáticos:

I) Establecimiento de Metas: Se refiere a la determinación de límites específicos y apropiados de consumo de alcohol, basándose en el conocimiento actual de los efectos del etanol sobre el cuerpo y sobre la conducta, a la vez de un entrenamiento en detectar con señales externas el nivel de alcohol en la sangre.

II) Automonitoreo del Consumo de Alcohol: Consiste en que el cliente registre rutinariamente varios aspectos de su conducta. Para el alcohólico esto usualmente implica el automonitoreo de la conducta del beber y los eventos colaterales (estímulos antecedentes y consecuencias) (Sobell & Sobell, 1988). El automonitoreo proporciona retroalimentación al cliente, ha sido sugerido que el sólo acto de registrar puede producir cambio en la conducta que está siendo monitoreada (Nelson & Hayes, 1981). A las personas que abusan del alcohol se les puede solicitar que registren varios aspectos de su conducta de beber: a) episodios y cantidad de bebida; b) circunstancias asociadas con el beber; c) ambiente, estado de ánimo, otros presentes; d) consecuencias del beber a largo y corto plazo y e) pensamiento y estímulos para beber (Sobell, Sobell & Nirenberg 1988).

III) Entrenamiento en el Control de la Tasa de Ingesta: Diseñado para alterar la topografía de la conducta de tomar, utilizando las reglas propuestas por Sobell & Sobell (1973).

IV) Entrenamiento en el Manejo de Contingencias: Para facilitar el proceso de tratamiento.

V) Análisis Funcional De la Conducta: Tomar alcohol con un entrenamiento en procedimientos de control de estímulos identificando antecedentes y consecuencias.

VI) Entrenamiento de Alternativas: Diseñado para enseñar habilidades de afrontamiento que se empleen en las situaciones donde el alcohol se usaba anteriormente.

Recientemente, se han desarrollado programas de tratamiento conductual más sofisticados para abordar los problemas del abuso del alcohol. Hay varios factores que han contribuido a ese cambio:

a) la efectividad limitada de los tratamientos conductuales tradicionales (v.g. entrenamiento en relajación, condicionamiento aversivo, condicionamiento, encubierto, entrenamiento en asertividad, manejo de contingencias; (Childress, McClellan y O'Brien, 1985; Wilson, 1987). b) conceptualizaciones sobre el abuso de alcohol cada vez más complejas y multivariadas (Marlatt y Gordon, 1985; Sobell y Sobell, 1987a; Finney, Moos y Newborn, 1980) y c) la creciente influencia de factores cognitivos en la terapia conductual (Bandura, 1986; Beck, 1976; Marlatt y Gordon, 1985).

Las características centrales de los tratamientos en la última década combinan los procedimientos anteriores con otros nuevos, que incluyen a) técnicas de autocontrol (v.g. automonitoreo del consumo, autoestablecimiento de metas de tratamiento y de biblioterapia), b) análisis funcional del beber (v.g. la identificación de los antecedentes y consecuentes de situaciones de beber de bajo y alto riesgo), c) reestructuración cognoscitiva y d) desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo.

El modelo de auto-control y sus variantes anteriormente descritos, observan una serie de limitaciones en lograr en algunos casos la meta de moderación, dentro de las limitaciones más sobresalientes se consideran las siguientes:

a) *No permiten especificar los componentes a través de los cuales se logrará la reducción de consumo de alcohol.*

b) *Toman en cuenta un gran número de componentes y diferentes combinaciones de los mismos, lo cual impide establecer con exactitud cuales son los componentes o cual es la combinación con la que se logró un resultado exitoso, por ejemplo en el estudio realizado por Brown (1980).*

c) *No hay consistencia en la significancia de los resultados, debido a que algunos no reportan los resultados obtenidos en el seguimiento, y por lo tanto no se logra conocer la efectividad de dichos programas, por ejemplo Lovibond y Caddy (1970).*

d) *No toman en cuenta las características del contexto de cada sujeto, de su estilo de vida.*

Sin embargo numerosos estudios indican que algunos bebedores problema responden favorablemente a esta aproximación, manteniendo la moderación y la ingesta no problemática a través de períodos extensos de tiempo. Otros clientes, siguiendo un ECAC con una meta de moderación, optan por la abstinencia total, algunos con y otros sin tratamiento adicional. Cuando los clientes son asignados al azar a programas de tratamiento con metas de moderación o abstinencia, los resultados a largo plazo se mantienen consistentes.

Hester y Miller (1989), recomiendan que los procedimientos de ECAC deberían estar disponibles siempre como una opción dentro de un programa de tratamiento a un amplio rango de bebedores problema, ya que es más probable que el ECAC orientado a la moderación sea más atractivo y efectivo para bebedores problema menos severos. Estos autores no recomiendan la promoción de una meta de moderación con alcohólicos severamente dependientes, sin embargo los procedimientos de ECAC pueden ser útiles en la persecución de la abstinencia como meta.

CAPITULO VI

TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

Existen aún casos en donde un programa de auto-control convencional no produce los resultados deseados, lo cual ha llevado a los investigadores a plantear que lo que se necesita es una nueva aproximación al estudio y remedio de los problemas del alcohol: una aproximación que sea completa, multidimensional y consistente con la evidencia empírica que está ya accesible.

La aproximación que se propone está basada en la teoría del aprendizaje social, la cual plantea que la gente al nacer no esta equipada con repertorios de conducta, por lo que deben aprenderlos. Los nuevos modelos de respuesta pueden ser adquiridos por experiencia directa o por observación, enfatizando el papel prominente que juegan los procesos vicario, simbólico y auto-regulatorio en el funcionamiento psicológico. El proceso vicario es el que permite la modificación de conducta de un observador en virtud de un modelo. La extraordinaria capacidad de los humanos para usar símbolos les permite representar eventos, analizar su experiencia consciente, comunicarse con otros en cualquier distancia de tiempo y espacio, planear, crear, imaginar, y, emplear acciones preventivas. (Bandura 1977).

Otra característica que distingue la teoría del aprendizaje social es el papel central asignado al proceso de auto-regulación. Las personas no reaccionan simplemente con influencias externas. Sino que seleccionan, organizan y transforman los estímulos que inciden en ellas. Por medio de incentivos y consecuencias auto-generadas ellos pueden ejercer alguna influencia sobre su propia conducta. Un hecho por lo tanto incluye entre estos determinantes influencias auto-producidas. El reconocimiento de las capacidades auto-dirigidas de la gente proporciona los ímpetus para los paradigmas de auto-regulación en los cuales los individuos por si mismos sirven como los principales agentes de su propio cambio. También explica la conducta humana en términos de una interacción recíproca continua entre determinantes cognitivas, conductuales y medio ambientales. (op.cit.).

En el área del alcoholismo la teoría del aprendizaje social, plantea que los problemas en el consumo del alcohol no se consideran como una enfermedad física o mental, sino como patrones de comportamiento socialmente adquiridos que se mantienen por numerosas señales antecedentes (condicionamiento clásico) y reforzadores consecuentes (condicionamiento operante) que pueden ser de naturaleza fisiológica, sociológica y psicológica. Factores tales como reducción de ansiedad, incremento en el reconocimiento social o en la aprobación de los compañeros, así como una mayor habilidad en emitir conducta social espontánea de mayor variedad o la evitación de síntomas fisiológicos de abstinencia, pueden considerarse como eslabones etiológicos que contribuyen al mantenimiento de problemas en el consumo de alcohol (Miller y Eisler, 1977).

CAPITULO VII

PROGRAMA DE AUTO-CONTROL DIRIGIDO PARA BEBEDORES PROBLEMA

Basándose en la teoría del aprendizaje social y en las investigaciones que se han hecho acerca del consumo de alcohol Sobell y Sobell (1991) desarrollaron el Programa de Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema en la Fundación para la Investigación de las Adicciones en Toronto Canadá, el cual ha tenido un particular impacto por su descripción para el desarrollo de planes de tratamiento "efectivo" y menos "restrictivo" que está diseñado para ayudar al usuario a lograr sus metas y a tener una alta probabilidad de mantener sus logros, a la vez que exige un cambio menor en el estilo de vida total del usuario.

Se denomina de Auto-Control porque los usuario establecen sus propias metas de tratamiento (con la asesoría del terapeuta de acuerdo a los límites razonables y contradicciones médicas de la ingesta) bajo la suposición de que si ellos mismos determinan el resultado del tratamiento, se sentirán más comprometidos con la meta, que si ésta es establecida únicamente por el terapeuta. Es decir, el objetivo general es ayudar al usuario a analizar su propio consumo y a desarrollar e implementar sus propios planes para modificarlo.

Lo que llevó a Sobell y Sobell a realizar este programa es que existen pocos tratamientos para bebedores problema y éstos representan una población numerosa y porque la investigación desarrollada al momento sugiere que las aproximaciones de Auto-Control funcionan para estos individuos.

Las premisas principales que fundamentan este programa son:

1.- El tratamiento debe ser breve y de consulta externa. Las evidencias de que las intervenciones breves pueden tener resultados positivos para los bebedores problema sugiere que la principal función del tratamiento con esta población es motivacional para ayudar a esos individuos a utilizar sus propios recursos para lograr su cambio conductual. La orientación conductual ejemplificada en terapia cognitiva (Sánchez-Craig, 1980), terapia conductual individualizada (Sobell y Sobell, 1978), de autocontrol conductual (Miller y Taylor, 1980) y otros tratamientos conductuales (Alden, 1988; Chaney,

O'Leary y Marlatt, 1978; Heather, Robertson, MacPerson, Allsop y Fulton, 1987) es consistente con un enfoque motivacional. Todos estos tratamientos enfatizan el análisis funcional del consumo y el reemplazo del consumo excesivo por conductas alternativas. La mayoría de estas aproximaciones también incluyen procedimientos de entrenamiento en habilidades, procedimientos que parecen no necesarios para la mayoría de los bebedores problema. Para estos individuos todo lo que se necesita es aprender una estrategia general para identificar y responder a las situaciones de riesgo.

Investigadores como Edwards (1980); Miller y Herster (1980) ya habían sugerido que es más prudente una intervención mínima en donde se enfatice la clarificación de los métodos de trabajo del individuo para facilitar la auto-exploración de sus recursos y un tratamiento que ayude a monitorear, más que una intervención masiva.

El valor terapéutico del tratamiento a corto plazo puede basarse en 1) ayudar a los sujetos a aprender como identificar situaciones genéricas que lo ponen en riesgo para un consumo excesivo y a usar maneras alternativas de manejo de estas situaciones, 2) ayudar al sujeto a reconocer sus propias fortalezas para manejar situaciones de riesgo (por ejemplo, una persona puede poseer las habilidades necesarias pero no saber cómo pueden ser usadas para evitar este consumo, 3) incrementar la motivación individual para evitar el consumo excesivo identificando y enfatizando las consecuencias adversas de tal consumo y 4) ayudar al sujeto a reconocer los beneficios derivados de evitar el consumo excesivo.

Un factor importante para la utilización del tratamiento breve se refiere a consideraciones de costo-efectividad, debido a lo limitado de los recursos en el sistema de salud. Sin embargo, el punto importante es que los tratamientos breves deben ser conceptualizados como parte de un sistema general, en donde haya alternativas viables para las personas que necesitan tratamientos más largos, ya que ningún tratamiento es efectivo para todos.

2.- El tratamiento debe dirigirse como una intervención motivacional. Miller (1983, 1985, 1986-87) ha reportado que las intervenciones motivacionales son particularmente convenientes para los bebedores problema.

Miller y Rollinck (1991) identificaron muchas maneras en que se puede incrementar la motivación; dando consejos, removiendo barreras para cambiar, permitiéndole al usuario una elección tanto percibida como posible en el proceso de tratamiento, contingencias externas para reforzar y apoyar el cambio, proporcionando retroalimentación personalizada acerca de los efectos del alcohol y utilizando retroalimentación para reforzar el progreso del tratamiento cuando sea apropiado, señalando metas flexibles y realistas

y, expresando una actitud de ayuda activa, asegurar al usuario que el cambio es posible, permitiéndole que elija tanto la meta como el plan del tratamiento.

3.- *Selección de metas de tratamiento. De acuerdo a la teoría del aprendizaje social de Bandura (1986), las metas representan una norma o modelo interno usado por las personas para evaluar su propia ejecución. El sugiere que cuando las metas son explícitas, próximas y percibidas a ser alcanzadas, las personas se esfuerzan por igualar su ejecución a éstas, es decir, el tener metas incrementa la motivación. Las personas ejecutan mejor cuando ellos activamente se involucran en el proceso de selección de metas que cuando las metas son impuestas por otros, ya que las personas no necesariamente se sienten obligadas a lograrlas.*

Miller (1986-1987) sugirió que permitiéndoles a los bebedores problema seleccionar sus propias metas atrae a más personas a tratamiento, reduce el desgaste por éstas y mejora las probabilidades de éxito.

Algunos estudios han ofrecido a los bebedores problema la oportunidad de seleccionar sus propias metas (usualmente con ayuda del terapeuta) (Sobell y Sobell, 1986, 1987) y han encontrado que no sólo las metas de tratamiento auto-seleccionadas han sido hipotetizadas para incrementar el compromiso del usuario (la motivación) para lograr éstas, sino también muchos bebedores problema prefieren seleccionar sus propias metas (Sobell, Sobell, Bogardis, Leo, y Skinner, 1992).

Sobell y cols., (1992) encontraron que al preguntarles a sus pacientes dos terceras partes señalaban que ellos preferían seleccionar sus propias metas y un poco más de un cuarto prefería que el terapeuta asignara su meta. También encontraron que incrementaba la motivación porque señalaban que era más probable que lograrán la meta escogida por si mismos.

Más aún desde la perspectiva de la motivación para el cambio, el punto principal no es el tipo de meta que elige el cliente, sino cómo se hizo ésta decisión. En este tratamiento a los clientes se le pide que especifiquen su propia meta por dos razones: La literatura sugiere que no hay una base para esperar que el asignarle las metas a los usuarios afectará la conducta y la auto-selección de metas parece incrementar el compromiso para cambiar.

Cuando la meta auto-seleccionada no se logra, se debe cuestionar lo apropiado de ésta, debido a que el error no puede atribuirse a nadie más. No sólo hay que preguntarse si debe cambiarse, sino también evaluar el compromiso ó motivación para el cambio.

Por otro lado, desde una perspectiva a largo plazo cuando las personas logran la meta que escogieron esto fortalece la auto-eficacia y consecuentemente ayuda a mantener el cambio conductual, es decir, es preferible para el usuario atribuir el logro a sí mismo.

La instrumentación de dicho programa en México, incorpora algunas variaciones en su aplicación de acuerdo a las condiciones y contingencias locales. Este modelo de tratamiento se está desarrollando mediante un convenio de colaboración con la Fundación para la Investigación de las Adicciones Toronto-Canadá en la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El objetivo principal del modelo es implementar, evaluar y adaptar éste a la población mexicana, debido a que en el presente se carece en nuestro país de servicios de tratamiento para bebedores problema.

El programa presenta las siguientes características:

- 1) Es un programa motivacional para bebedores problema que no tienen una dependencia severa al alcohol y que desean modificar su consumo.*
- 2) Se ofrece en una modalidad de consulta externa.*
- 3) Contempla dos modalidades de aplicación: grupal e individual.*

Los componentes del Programa de Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema son los siguientes:

A) El involucramiento del usuario en la planeación del tratamiento resulta esencial para desarrollar un plan útil y significativo, por las siguientes razones: 1) el usuario puede proveer a su terapeuta de información valiosa acerca de la factibilidad, deseabilidad y facilidad con la cual las diversas estrategias de tratamiento pueden ser implementados, 2) En la etapa inicial del tratamiento, la inclusión del usuario puede facilitar su participación constante 3) La inclusión de los usuarios en su plan de tratamiento a corto y largo plazo, son acordados mutuamente. Las metas a corto plazo son una serie de pequeños objetivos operacionalizados, que al lograrlos, pueden ser medidos y crean un escalonamiento de progreso hacia la meta a largo plazo. A los usuarios se les pide que relacionen su propia meta de tratamiento, sin

embargo, se les proporcionan algunas sugerencias acerca de los límites razonables para su ingesta y contraindicaciones médicas de la misma. El proceso de selección de su meta empieza en la evaluación misma que se revisa en cada sesión de tratamiento y en la fase de seguimiento.

B) Las interacciones usuario-entorno, sugieren que ciertos factores de entorno son determinantes para obtener resultados exitosos (Ogborne, Sobell y Sobell, 1985). La literatura señala que un entorno de apoyo social está asociado con resultados positivos, así como la planeación del tratamiento y que las interacciones individuo-entorno requieren un análisis acerca de como el individuo codifica y reacciona ante su entorno (Mischell, 1973).

C) La utilización de los recursos del usuario se refiere al desarrollo de metas de tratamiento basado en tales recursos, que permiten elaborar habilidades de afrontamiento personalizadas y efectivas para promover cambios conductuales. Con este propósito Taylor y cols. (1982) señalan que se debe acumular información evaluativa acerca de: 1) las maneras en las cuales la persona funciona bien actualmente o en las cuales ha funcionado bien previamente 2) recursos interpersonales (por ejemplo; habilidades de afrontamiento) y redes de apoyo social (por ejemplo esposo, amigos), 3) Centros de apoyo y otros profesionales que podrían emplearse en la planificación del tratamiento y su seguimiento después del tratamiento y 4) la responsividad del usuario al tratamiento.

D) El monitoreo del progreso durante la terapia se refiere a la conceptualización de la evaluación como un componente paralelo a todo el proceso de tratamiento que proporcione información valiosa acerca de eventos nuevos que ocurren durante el tratamiento y que posibilite un esquema para evaluar el plan de tratamiento.

E) Incremento de la motivación para el cambio. Este componente señala que considerando la motivación como un proceso dinámico interpersonal que involucra al terapeuta, usuario y medio ambiente (Miller, 1985). Las estrategias para incrementar la motivación incluyen: 1) el consejo con retroalimentación, 2) el establecimiento de metas, definiendo objetivos específicos y alcanzables, y 3) la utilización de apoyos sociales para mejorar o mantener cambios.

F) Proceso de recaídas y recuperación. Este componente incorpora al tratamiento la prevención de recaídas que enfatiza: 1) la identificación de situaciones que representan un alto riesgo de recaídas y preparan al usuario a tratar efectivamente con esas situaciones 2) el entrenamiento del usuario para tratar constructivamente las recaídas que pueden ocurrir para minimizar consecuencias adversas y 3) el enseñar al usuario a considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de una falla personal importante (Marlatt y Gordon, 1985).

El programa contempla cuatro sesiones de tratamiento, las cuales se llevan a cabo individualmente o en grupos de 4 a 6 personas.

En las primeras sesiones se pretende que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo excesivo así como las consecuencias relacionadas con éste. En las últimas sesiones se pretende que el usuario desarrolle estrategias para manejar esas situaciones.

La primera sesión se lleva a cabo 7 días después de la evaluación cuando el terapeuta ya ha revisado el registro de consumo y los resultados de la evaluación del usuario, y éste ya realizó la primera lectura. Su objetivo principal es que el usuario evalúe los pros y contras que actualmente experimenta por su consumo excesivo y que identifique los pros y los contras que acompañarían a un cambio en el consumo, ya sea hacia la moderación o hacia la abstinencia.

En la segunda sesión el usuario debe identificar los factores que desencadenan su consumo excesivo, así como, las consecuencias positivas y negativas a corto y a largo plazo por éste. Además en esta sesión se plantea la recuperación como una perspectiva a largo plazo.

En la tercera sesión se describe una estrategia básica de solución de problemas a fin de que el usuario la relacione con situaciones de consumo excesivo, por medio del desarrollo de un plan de acción de conductas alternativas para estas situaciones y de la identificación de sus propios recursos (estilos de afrontamiento efectivos y recursos sociales disponibles) que podrá utilizar para cambiar su conducta.

En la cuarta sesión se revisan situaciones futuras de alto riesgo y se desarrollan planes de acción para las mismas. Se señala la importancia de lograr un resultado exitoso a largo plazo y se establece el compromiso de llevar a cabo sesiones adicionales en el caso en que se solicite, así como el seguimiento por parte del terapeuta de los avances logrados a través del tiempo.

Hasta el momento se ha atendido en el Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" de la Facultad de Psicología a 76 bebedores problema con las siguientes características sociodemográficas: Edad promedio de 36 años, Escolaridad promedio de 14 años, 47% de los usuarios eran casados; 29%, solteros; 16%, divorciados y 8%, viudos.

Los resultados preliminares (al término de las sesiones de tratamiento) concuerdan con los resultados reportados por los Doctores Sobell con bebedores problema canadienses:

En relación a la meta de tratamiento seleccionada el 85.5% de los usuarios elegía la Moderación y el 14.5% restante la Abstinencia.

El porcentaje de días de Abstinencia se incrementó de manera importante, ya que durante los 12 meses previos al tratamiento se encontró que fue de 62% en contraste al 74% de días al final del tratamiento.

El patrón de consumo de los usuarios también mostró cambios: con respecto al número de copas estándar consumidas, los usuarios reportaron que en promedio consumieron 10.26 copas durante los 12 meses previos al tratamiento y un consumo de 2.74 copas por ocasión de consumo durante el tratamiento. En relación a los días de consumo excesivo (más de 10 copas estándar) durante el período de 12 meses previos, 26% de los días de consumo eran reportados como días de consumo excesivo y durante el tratamiento el porcentaje fue de 1.2% (Ayala, y cols., 1993).

Los resultados que se mencionan reflejan solamente algunos datos de los que se obtuvieron al término de las sesiones de tratamiento. Actualmente se está llevando a cabo el seguimiento de 6 y 12 meses a los 76 sujetos que terminaron su tratamiento, por lo que aún no se reportan los resultados de seguimiento.

JUSTIFICACION

La experiencia a la fecha con la instrumentación de este modelo, ha sido que durante las 4 sesiones estructuradas los usuarios realizan cambios o moderan su consumo. No obstante, algunos usuarios requieren sesiones adicionales en las que se les proporcione mayor información acerca de su consumo y más estrategias de control y solución de problemas a fin de mejorar la calidad en su estilo de vida. En estas sesiones adicionales generalmente se enfatizan aquellos componentes en que no ha alcanzado el nivel de ejecución esperado, ya sea en términos de reducción del consumo (idealmente cuatro copas por ocasión de consumo, no más de cuatro días a la semana), o de los planes de acción o manejo de alternativas. Sin embargo, actualmente no se cuenta con una sistematización de los componentes que integran las sesiones adicionales y son dejados al criterio del terapeuta (respetando el marco conceptual de la Teoría del Aprendizaje Social).

OBJETIVO

El objetivo de la presente investigación es:

analizar las características de los usuarios al término de la fase de evaluación y al término de la fase de tratamiento para investigar que factores los conducen a solicitar sesiones adicionales y después proponer un esquema de intervención para éstas. El propósito de este esquema es sistematizar algunos componentes e integrar otros más que permitan el mantenimiento de las metas alcanzadas con la primera fase del tratamiento y ayuden a la generalización de las habilidades aprendidas en relación a su consumo.

CAPITULO VIII

METODO

TIPO DE INVESTIGACION

La investigación que se llevó a cabo fue de tipo ex-post-facto, ya que no se tuvo control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya habfan ocurrido; esto es, la variable independiente no es manipulada por el experimentador (Arnau, 1978).

SUJETOS

Se utilizaron los datos de los instrumentos empleados para la evaluación de 30 usuarios del Programa de Autocontrol Dirigido para Bebedores Problema.

Los sujetos fueron escogidos de la siguiente manera: 15 de los que tomaron sesiones adicionales y 15 de los que concluyeron su tratamiento en 4 sesiones.

ESCENARIO

El Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" de la Facultad de Psicología, UNAM.

VARIABLES

- Edad.*
- Sexo.*
- Escolaridad.*
- Estado Civil.*
- Situación familiar y social.*
- Situación laboral.*
- Ingresos económicos.*
- Historia de consumo de alcohol.*
- Consumo de tabaco.*
- Nivel de dependencia al alcohol.*
- Situaciones de riesgo en los 12 meses previos al tratamiento.*
- Áreas Actuales de Confianza Situacional para el consumo en exceso.*
- Consumo durante el último año.*
- Costos del Consumo Excesivo Identificados por el Usuario.*
- Beneficios del Consumo Moderado o Abstinencia.*
- Situaciones de Riesgo Identificadas por el Usuario.*
- Soluciones para el Problema Planeadas por el Usuario.*
- Satisfacción del usuario con respecto al programa.*
- Pronóstico.*
- Componentes Sugeridos y Utilizados en las Sesiones Adicionales.*

INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizarán se dividen en 3 tipos:

I.- Los primeros serán aquellos que se utilizan en la evaluación del programa y que a continuación se enlistan:

- "Entrevista Inicial". (Sobell, M. y Sobell, L., 1991). Consta de 60 reactivos, con este cuestionario obtendremos la ficha de identificación del usuario, la cual contempla también la concentración de alcohol en sangre al momento de la entrevista.

En su segunda parte (Introducción al problema) se obtienen los datos con respecto al tratamiento: Por y para que problema se busca tratamiento si ha recibido anteriormente otro tipo de tratamiento, si en la actualidad ésta siendo atendido por algún problema de salud y si ésta tomando algún medicamento. También se le pregunta cuánto pesa y que tan satisfecho esta con su estilo de vida.

En la tercera parte denominada Historia Familiar y Social contempla estado civil, con quien vive actualmente, actividades recreativas y si están relacionadas al abuso de alcohol, si amigos o familiares lo presionan para beber en exceso, y entre sus amigos o familiares quienes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol.

La cuarta parte se refiere a Historia Laboral y Lugar de Residencia en donde se pregunta acerca de la situación laboral, ocupación actual, años trabajando en dicha ocupación, tiempo en desempleo, y datos sobre el último año de cuantas veces perdió el empleo como resultado del uso de bebidas alcohólicas o drogas. También indaga acerca del lugar de residencia, cambios de casa en el último año, ingreso personal, y promedio de gasto semanal en alcohol o drogas.

La quinta parte es la historia de consumo de alcohol y drogas cuestiona acerca del último año de los problemas relacionados con el consumo de alcohol tales como: hospitalizaciones, arrestos, y las ocasiones que tuvo que beber por las mañanas para curarse la cruda. Se le pregunta al usuario si cree ser un bebedor excesivo y, por cuántos años ha tenido problemas con su consumo de alcohol, desde que el consumo de alcohol se ha convertido en un problema cuántas veces ha intentado dejar o reducir su consumo y, cual ha sido el mayor número de meses consecutivos en que no haya consumido nada de alcohol y, por que se abstuvo. Se proporciona una escala para que el sujeto describa su consumo de alcohol. Se pregunta acerca del tipo y porcentaje de bebidas que ingiere, finalmente se obtiene el resumen de resultados de línea base retrospectiva.

Todo lo anterior se retoma para preguntar el consumo de drogas.

Para finalizar, se cuestiona acerca del consumo de tabaco si es fumador o exfumador y, el número de años de ser fumador regular, promedio de cigarros fumados diariamente y el número de minutos que pasan desde que despierta en las mañanas y enciende su primer cigarro.

- "Escala de datos de dependencia al alcohol"(SADD) Se compone de 15 reactivos los cuales tienen 4 alternativas de respuesta: Escala que va de nunca a casi siempre, refleja todas las dimensiones del síndrome de dependencia al alcohol.

-"Inventario situacional de consumo" (IDS), (Annis, 1982a). Mediante este inventario se conocerá el consumo de alcohol durante el último año a partir de la fecha en que se aplica. Contempla 8 categorías de situaciones de consumo divididas en dos grandes áreas: 1) Determinantes intrapersonales en las que el consumo involucra una respuesta a un evento que es principalmente de naturaleza física o psicológica. Estos determinantes están subdivididos en 5 categorías: estados emocionales negativos, estados físicos negativos, urgencias y tentaciones, 2) Determinantes interpersonales en las que las que existe una influencia significativa de otro individuo. Estos se subdividen en 3 categorías: conflicto interpersonal, presión social para consumir y estados emocionales positivos.

-*"Cuestionario de confianza situacional: (SCQ), (Annis, 1982 b) Es un cuestionario de auto-reporte que contiene 100 reactivos diseñado para medir el concepto de auto-eficacia de Bandura para situaciones relacionadas con el alcohol. Proporciona un perfil diagnóstico de los niveles de confianza del individuo, el usuario deberá señalar que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso sin tener que asistir a un tratamiento en cada una de esas situaciones.*

-*"Evaluación del tratamiento realizada por el usuario". (Sobell y Sobell, 1992). Es un instrumento para evaluar al terapeuta y al tratamiento en general en una escala del 1 al 5. Consta de 18 reactivos. Se le pide al paciente que lo conteste al finalizar el tratamiento con el objeto de perfeccionar las sesiones y el programa.*

-*"Evaluación del Usuario": El terapeuta evalúa con 14 reactivos en una escala de 1 a 5, la respuesta del sujeto al tratamiento, su asistencia, cumplimiento de tareas, su actitud con el terapeuta, su respuesta a la retroalimentación, auto-selección de metas. Finalmente, el terapeuta elige un porcentaje de 0 a 100%, qué tan confiado está de que el paciente conseguirá cambios importantes en el control de su problema.*

-*"Cuestionario de consumo de alcohol"(ADS). (Horn, J.L., Skinner, H.A., Wanber, K., F.M; 1982). Consta de 25 reactivos con opciones de respuestas. Este instrumento mide dependencia media a severa y permite conocer los síntomas físicos que ha presentado el usuario como consecuencia de beber en los últimos 12 meses.*

-*"Línea Base Retrospectiva". (Sobell, Sobell, Leo y Cancilla; 1988). Mediante este inventario se conocerá el consumo de alcohol durante el último año a partir de la fecha en que se aplica. Consiste, para facilitar el recuerdo, en un calendario con las fechas significativas como son efemerides, fiestas religiosas y días feriados. Con esto obtendremos una línea base retrospectiva del consumo diario durante el año pasado.*

Todos estos instrumentos han sido piloteados y adaptados a la población mexicana (Echeverría, Oviedo, Ayala, Annis y Sobell, 1992). Mediante una adecuada traducción en términos de claridad de los reactivos y de su pertinencia cultural. Y fueron revisados por 18 especialistas en el campo del alcoholismo en la Ciudad de México. Este grupo de jueces recomendó hacer modificaciones al 69% de los reactivos, las cuales se llevaron a cabo.

II.- Instrumento utilizado en el Tratamiento:

- "Concentrado de datos": Consta de número de expediente, la fecha de la primera sesión, la meta y puntajes de confianza e importancia en relación a la meta, el número de copas y la tarea 1 (razones, costos y beneficios de cambiar el consumo ya sea hacia la abstinencia o la moderación). Fecha de la segunda sesión, número de copas y la tarea 2 (situaciones de riesgo). Fecha de la tercera sesión, número de copas, segunda meta y sus puntajes de importancia y confianza y la tarea 3 (planes de acción). Fecha de la cuarta sesión, número de copas y la propuesta de sesiones adicionales. Finalmente, las fechas de los cuatro contactos: al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y al año.

III.- El tercer tipo de instrumentos han sido diseñados para la presente investigación y son los siguientes:

- "Informe de elección de sesiones adicionales": Donde el terapeuta explica por qué se tomarán sesiones adicionales y quién lo decidió. Además menciona y explica los componentes que va a utilizar en las sesiones adicionales. Consta de 4 reactivos y de la ficha de identificación (Anexo 1).

- "Reporte de las sesiones adicionales ": Se informa si se realizó el registro diario y si se hizo revisión de metas. El terapeuta especifica los componentes que utilizó para la sesión y explica por qué. Consta de 3 reactivos (Anexo 2).

- "Reporte del programa realizado por el terapeuta": A través de 12 reactivos se evalúa al paciente en su desempeño en las lecturas, en los cambios en su estilo de vida y actividades alternas. se reportan las iniciativas del paciente por revisar otras lecturas, terapias, realizar cambios en el estilo de vida y alternativas dentro del tratamiento. Se concluye mencionando si existe un factor motivacional del cual depende el éxito del tratamiento y qué porcentaje representa (Anexo 3).

PROCEDIMIENTO

En el Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" el procedimiento general es como sigue:

Primero: Se hace la admisión de las personas que solicitan el servicio, las cuales se enteraron de éste a través de radio, prensa escrita, pláticas y/o carteles.

Segundo: se hace la evaluación de la problemática para saber si son o no bebedores problema.

Tercero: Una vez que son seleccionados, pasan a la fase de tratamiento que comprende 4 sesiones.

Cuarto: Al finalizar la cuarta sesión se evalúan esas cuatro primeras sesiones y se pregunta al usuario si desea sesiones adicionales y cuántas. Esta decisión puede sugerirla también el terapeuta.

Quinto: Si lo requirió entonces se le dan las sesiones adicionales, cuyas características ya han sido mencionadas.

Para propósitos de la siguiente investigación el procedimiento fue:

El primer paso: Se formaron 2 grupos equivalentes: 15 que terminaron su tratamiento en las 4 sesiones estructuradas, y 15 que solicitaron sesiones adicionales.

Segundo paso: Se recolectaron los datos de la evaluación de cada usuario, los cuales están comprendidos en los siguientes instrumentos "Entrevista Inicial, ADS, IDS, SCQ y el Concentrado de Datos del Tratamiento para conocer todas las variables que permitan identificar las características del grupo que terminó su tratamiento en las cuatro sesiones.

Tercer paso: Recolección de los datos de los instrumentos que se utilizaron sólo para el grupo de sesiones adicionales. Dichos instrumentos son: "Reporte del programa realizado por el Terapeuta" "Informe de elección de sesiones adicionales" "Reporte de las sesiones adicionales para conocer las características de las sesiones adicionales. Posteriormente se les hizo un análisis de contenido a cada una de las sesiones, así como de la evaluación realizada tanto por el usuario como por el terapeuta en relación a éstas.

CAPITULO IX

ANALISIS DE RESULTADOS

El análisis de los datos que se obtuvieron con los instrumentos de evaluación se llevó a cabo:

-Comparando al grupo de los usuarios que terminaron en cuatro sesiones contra el grupo de usuarios que pidieron sesiones adicionales. Esta comparación se hizo a través de una distribución de frecuencias y en algunos casos mediante la prueba "t". Con el objetivo de conocer si existen diferencias en las características de los usuarios antes del tratamiento y si existen características que puedan ayudar al usuario a promover su cambio durante el tratamiento. Además se llevó a cabo un análisis de contenido de los instrumentos diseñados especialmente para la presente investigación en relación a los componentes que actualmente utilizan los terapeutas en las sesiones adicionales. Todo lo anterior para hacer una propuesta de cómo estructurar el tratamiento de las sesiones adicionales.

RESULTADOS

I.- FASE DE EVALUACION

Con respecto a la EDAD se encontró que el promedio del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones fue de 38.87 años, y para el grupo que solicitó sesiones adicionales el promedio fue de 39.27 por lo que no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

En relación a la ESCOLARIDAD se encontró en el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones que el 60% (9) tenía un nivel académico superior; el 20% (3) nivel medio superior; el 13.3% (2) nivel primaria.

Para el grupo que tomó sesiones adicionales el 60% (9) tenía un nivel académico superior; el 20% (3) nivel medio superior; el 13.3 (2) nivel primaria y el 6.7% (1) nivel secundaria.

En relación al ESTADO CIVIL se encontró en el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones que el 60% (9) de los sujetos eran casados; el 20% (3), solteros; el 13.3% (2), vivían en unión libre y el 6.7% (1), divorciado.

Mientras en el grupo que solicitó sesiones adicionales el 40% (6) de los sujetos eran casados; el 33.3% (5), solteros; el 13.3% (2) vivían en unión libre y el 13.3% (2), separados.

Acercas de la **SITUACION FAMILIAR Y SOCIAL**: en el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el 46.7% (7) de los sujetos vive con su pareja e hijos; el 13.3% (2) vive únicamente con su pareja; el 13.3% (2) vive con su pareja y padres; el 13.3% (2) vive solo; el 6.7% (1) vive con sus hijos y el 6.7% (1) vive con sus padres e hijos.

De los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales el 20% (3) vive con su pareja e hijos; el 26.7% (4) vive únicamente con su pareja; el 6.7% (1) vive con su pareja y sus padres; el 20% (3) vive solo; el 6.7% (1) vive con sus hermanos y el 20% (3) vive con sus padres.

De acuerdo a la **SITUACION LABORAL**: en el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el 40% (6) de los sujetos trabajaron tiempo completo; el 20% (3), trabaja medio tiempo; el 20% (3), trabaja por su cuenta; el 13.3% (2) se dedica al hogar y el 6.7% (1) es jubilado.

En el grupo que solicitó sesiones adicionales el 26.7% (4) de los sujetos trabaja tiempo completo; el 26.7% (4), trabaja medio tiempo; el 20% (3) trabaja por su cuenta; el 13.3% (2) no tiene empleo; el 6.7 (1), tiene un trabajo ocasional y el 6.7% (1) no reportó su situación laboral.

Con respecto a los **INGRESOS ECONOMICOS**: en el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones; durante el año pasado el 13.3% (2) de los sujetos no percibieron ingreso alguno; el 13.3% (2) percibieron el sueldo mínimo; el 20% (3), percibieron de N\$ 10,000.00 a 20,000.00; el 20% (3) percibieron de N\$ 21,000.00 a 30,000.00; el 13.3% (2) percibieron de N\$ 31,000.00 a 50,000.00; el 13.3% (2) percibieron de N\$ 51,000.00 a 70,000.00 y el 6.7% (1) percibieron más de N\$ 100,000.00.

En el grupo que solicitó sesiones adicionales durante el año pasado el 7.1% (1) de los sujetos no percibieron ingreso alguno; el 21.4% (3), percibieron el salario mínimo o menos; el 21.4% (3) percibieron de N\$ 10,000.00 a N\$ 20,000.00; el 21.4% (3) percibieron de N\$ 21,000.00 a N\$ 30,000.00; el 7.1% (1) percibieron de N\$ 31,000.00 a N\$ 50,000.00; el 7.1% (1) percibieron de N\$ 51,000.00 a 70,000.00; el 14.3% (2) percibieron de 71,000.00 a 90,000.00 y un sujeto no reportó sus ingresos durante el año pasado.

En relación a las HOSPITALIZACIONES: en el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el 93.3% (14) de los sujetos no tuvo hospitalizaciones debido a su consumo de alcohol durante el último año; el 6.7% (1) tuvo hospitalizaciones debido a su consumo de alcohol durante el último año.

En tanto que para el grupo que solicitó sesiones adicionales el 93.3% (14) de los sujetos no tuvo hospitalizaciones debido a su consumo de alcohol durante el último año; el 6.7% (1) tuvo hospitalizaciones debido a su consumo de alcohol durante el último año. No observándose diferencias entre ambos grupos ($T=.45$, $DF=28$, $P=.65$).

Con respecto AL NUMERO DE ARRESTOS: en el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el 86.7% (13) de los sujetos no tuvo arrestos debido a su consumo de alcohol durante el último año; el 13.3% (2) tuvo arrestos debido a su consumo de alcohol durante el último año.

Mientras que para el grupo que solicitó sesiones adicionales el 86.7 (13) no tuvo arrestos debido a su consumo de alcohol durante el último año; el 13.3 (2) tuvo arrestos debido a su consumo de alcohol durante el último año. No se observan diferencias significativas entre ambos grupos ($T=.66$, $DF=28$, $P=.51$).

De acuerdo AL NUMERO DE AÑOS QUE CREE HABER TENIDO PROBLEMAS CON SU CONSUMO DE ALCOHOL: en el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones se obtuvo un promedio de 10.7 años (con una desviación estándar de 8.97). En tanto que el grupo que solicitó sesiones adicionales obtuvo un promedio de 8.93 (con una desviación estándar de 5.27) en el mismo rubro. Por lo que no se observa una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($T=.42$, $DF=28$, $P=.67$).

En relación al NUMERO DE VECES QUE HAN INTENTADO DEJAR O REDUCIR SU CONSUMO: en el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones se obtuvo un promedio de 3.87 (con una desviación estándar de 4.87). Mientras que el grupo que solicitó sesiones adicionales obtuvo un promedio de 3.47 (con una desviación estándar de 3.42). No observándose diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos ($T=.26$, $DF=28$, $P=.79$).

Con respecto al **NUMERO DE DIAS QUE HAN TENIDO QUE CONSUMIR ALCOHOL POR LAS MAÑANAS PARA CURARSE LA CRUDA**: el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones obtuvo un promedio de 17.77 (con una desviación estándar de 21.39). El grupo que solicitó sesiones adicionales obtuvo un promedio de 45.07 (con una desviación estándar 89.73). No observándose diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($T=-1.15$, $DF=28$, $P=.26$).

En relación al **NUMERO DE AÑOS DE SER BEBEDOR EXCESIVO**: el grupo que terminó en 4 sesiones obtuvo un promedio de 11.87 años (con una desviación estándar 9.28). Mientras que el grupo que solicitó sesiones adicionales obtuvo un promedio de 9.77 años (con una desviación estándar de 5.33). No observándose diferencia significativa entre ambos grupos ($T=.80$, $DF=28$, $P=.43$).

En cuanto al **GASTO DE DINERO EN ALCOHOL**: el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el 6.7% (1) de los sujetos gasta menos de N\$ 50.00 a la semana en alcohol; el 26.7% (4) N\$ 50.00 a N\$ 100.00; el 40% (6) gasta dinero en alcohol de N\$ 100.00 a N\$ 200.00; el 26.7% (4) gasta de N\$ 200.00 a N\$ 300.00

En tanto que los que solicitaron sesiones adicionales el 6.7% (1) gasta menos de N\$ 50.00; el 26.7% (4) gasta de N\$ 50.00 a N\$ 100.00; el 20% (3) gasta de N\$ 100.00 a N\$ 200.00; el 6.7% (1) gasta de N\$ 200.00 a N\$ 300.00; el 40% (6) gasta más de N\$ 300.00.

De acuerdo a como describe su **PROBLEMA POR CONSUMIR ALCOHOL**: el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el 33.3% (5) de los sujetos describen su consumo de alcohol durante el año pasado como "Un Gran Problema"; el 40% (6), como "Un Problema Mayor"; el 20% (3), como "Un Problema Menor"; el 6.7% (1) como "Un Pequeño Problema".

Mientras que los que solicitaron sesiones adicionales el 26.7% (4) de los sujetos describen su consumo de alcohol durante el año pasado como "Un Gran Problema"; el 40% (6) como "Un Problema Mayor"; el 26.7% (4), como "Un Problema Menor" y el 6.7% como "Sin Problema".

Con respecto al **CONSUMO DE TABACO**: los sujetos que terminaron su tratamiento en 4 sesiones el 53.3% (8) son ex-fumadores; el 26.7% (4) fuman actualmente y el 20% (3) no fuman.

De los sujetos que solicitaron sesiones adicionales el 13.3% (2) son ex-fumadores; el 73.3% (11) fuman actualmente; el 6.7% (1) no fuman y el 6.7% (1) dejó de fumar hace menos de un año.

CONSECUENCIAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

En relación a DAÑO FÍSICO: el 80% (12) de los sujetos que terminaron su tratamiento en 4 sesiones, no reporta daño físico; el 13.3% (2) reporta un daño físico menor y el 6.7% (1) reporta un daño mayor.

El 73.3% (11) de los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales no reporta daño físico, el 20% (3) reporta un daño físico menor y el 6.7% (1) reporta un daño mayor.

En cuanto al DAÑO COGNOSCITIVO debido al consumo de alcohol, el 60% (9) de los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones no reportó daño, el 20% (3) reportó un daño menor y el 20% (3) reportó un daño mayor.

El 60% (9) de los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales no reportó daño, el 20% (3) reportó un daño menor y el 20% (3) reportó un daño mayor.

De acuerdo a DAÑO AFECTIVO: del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el 46.7% (7) no reporta daño afectivo; el 33.3% (5) reporta un daño afectivo mayor y el 20% (3) reporta un daño afectivo menor.

Del grupo que solicitó sesiones adicionales el 26.7% (4) no reporta daño afectivo; el 40% (6) reporta un daño afectivo mayor y el 33.3% (5) reporta un daño afectivo menor.

Con respecto a PROBLEMAS INTERPERSONALES: en el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones, el 40% (6) de los sujetos no reportó ningún tipo de problemas interpersonales debido a su consumo de alcohol; el 26.7% (4) reportó tener problemas menores y el 33.3% (5) reportó tener problemas mayores.

En el grupo que solicitó sesiones adicionales, el 26.7% (4) de los sujetos no reportó ningún tipo de problemas interpersonales debido a su consumo de alcohol; el 33.3% (5) reportó problemas menores y el 40% (6) reportó problemas mayores.

*En relación a **PROBLEMAS DE AGRESIVIDAD** de los sujetos del grupo que terminaron su tratamiento en 4 sesiones, el 46.7% (7) reportó no haber tenido problemas de agresividad debido a su consumo de alcohol; el 26.7% (4) reportó problemas de agresividad menores (verbal) y el 26.7% (4) reportó problemas de agresividad mayores (físicos).*

De los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales, el 53.3% (8) reportó no haber tenido problemas de agresividad debido a su consumo de alcohol; el 20% (3) reportó haber tenido problemas menores de agresividad (verbal) y el 26.7% (4) reportó problemas de agresividad mayores (físicos).

*En cuanto a **PROBLEMAS LABORALES** debido al consumo de alcohol, el 73.3% (11) de los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones no reportó problemas laborales y el 26.7% (4) reportó haber tenido problemas menores.*

En tanto que el 60% (9) de los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales reportó no haber tenido problemas laborales debido a su consumo de alcohol; el 26.7% (4) reportó haber tenido problemas menores y el 13.3% (2) reportó haber tenido problemas mayores.

*De acuerdo a **PROBLEMAS LEGALES** debido al consumo de alcohol, del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el 93.3% (14) de los sujetos reportó no haber tenido problemas legales y el 6.7% (1) reportó haber tenido problemas legales menores.*

Del grupo que solicitó sesiones adicionales, el 100% (15) de los sujetos reportó no haber tenido problemas legales debido a su consumo de alcohol.

*Con respecto a **PROBLEMAS FINANCIEROS** el 73.3% (11) de los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones reportó no haber tenido problemas financieros de ningún tipo debido a su consumo de alcohol y el 26.7% (4) reportó haber tenido problemas menores.*

El 66.7% (10) de los sujetos que solicitaron sesiones adicionales reportó no haber tenido problemas financieros debido a su consumo de alcohol y el 33.3% (5) reportó haber tenido problemas menores.

*En relación al **NIVEL DE DEPENDENCIA**: el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones obtuvo un promedio de 17.25 en la Escala de Datos de Dependencia al Alcohol (SADD), lo cual representa una Dependencia Media.*

Mientras que el grupo que solicitó sesiones adicionales obtuvo un promedio de 17.08 en el SADD que representa también una Dependencia Media.

También en relación al NIVEL DE DEPENDENCIA: el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones obtuvo en el Cuestionario de Consumo al Alcohol (ADS) un promedio de 17.60, esto significa Dependencia Moderada.

En tanto que el grupo que solicitó sesiones adicionales obtuvo en el ADS un promedio de 19.40, lo cual representa también Dependencia Moderada.

En cuanto a sus AREAS DE CONFIANZA SITUACIONAL ACTUALES (SCQ): los sujetos del grupo que terminaron su tratamiento en 4 sesiones señalan como su principal situación vulnerable de no poder resistir la necesidad de consumir alcohol en exceso, como sigue: el 26.7% (4) señala la situación de Emociones Agradables; el 26.7% (4), Presión Social; el 13.3% (2), Momentos Agradables; el 20% (3), Emociones Desagradables; el 6.7% (1), Probando Auto-Control y el 6.7% (1), Tentaciones para Usar.

Los sujetos que solicitaron sesiones adicionales señalan como su principal situación vulnerable de no poder resistir la necesidad de consumir alcohol en exceso de la siguiente manera: el 13.3% (2), señaló la situación de Emociones Agradables; el 26.7% (4), Presión Social; el 26.7% (4), Momentos Agradables; el 20% (3), Emociones Desagradables; el 13.3% (2), Malestar Físico.

En la segunda aplicación al finalizar 4 sesiones de tratamiento: el grupo que terminó su tratamiento en esas 4 sesiones reportó como su principal situación actual vulnerable de no poder resistir la necesidad de consumir alcohol en exceso así: el 33.3% (5), reportó la situación de Probando Auto-Control; el 26.7% (4), Momentos Agradables; el 13.3% (2), Presión Social; el 13.3% (2), Emociones Agradables y el 6.7% (1), Emociones Desagradables.

En tanto para el grupo de sujetos que solicitaron sesiones adicionales los resultados fueron los siguientes: el 40% (6) señaló la situación de Probando Auto-Control; el 33.3% (5), Momentos Agradables; el 6.7% (1), Presión Social; el 6.7% (1), Emociones Agradables; el 6.7% (1), Emociones Desagradables y el 6.7% (1), Malestar Físico.

La principal SITUACION DE CONSUMO EXCESIVO (IDS) en los 12 meses previos al tratamiento, que reportan los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones es la de Presión Social 20% (3); el 13.3% (2) reportan la situación de Emociones Desagradables; el 13.3% (2), Probando Auto-Control; el 6.7% (1), Momentos Agradables; el 40% (6), Emociones Agradables y el 6.7% (1), Conflictos con Otros.

De los sujetos que solicitaron sesiones adicionales, el 33.3% (5) reportaron como su principal situación de consumo en exceso Presión Social; el 20% (3), Emociones Desagradables; el 20% (3), Probando Auto-Control; el 6.7% (1), Momentos Agradables y el 20% (3), Emociones Agradables.

De acuerdo al CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL ULTIMO AÑO del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones fue como sigue: Su consumo diario en promedio fue de 7.63 tragos (con una desviación estándar de 4.05); el número máximo de tragos por ocasión de consumo en promedio fue de 16.87 (con una desviación estándar de 8.27), y el mayor número de días consecutivos de abstinencia en promedio fue de 65 días (con una desviación estándar de 85.47).

El consumo de alcohol durante el último año del grupo que solicitó sesiones adicionales fue el siguiente: Su consumo diario en promedio fue de 7.75 tragos (con una desviación estándar de 4.42); el número máximo de tragos por ocasión de consumo en promedio fue de 16.60 (con una desviación estándar de 8.85) y el mayor número de días consecutivos de abstinencia en promedio fue de 68.13 días (con una desviación estándar de 89.77). No observando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($T=.08$, $DF=28$, $P=.93$; $T=.09$, $DF=28$, $P=.93$ y $T=.24$, $DF=28$, $P=.80$ respectivamente).

II.- FASE DE TRATAMIENTO

Con respecto a los COSTOS DEL CONSUMO EXCESIVO identificados por los usuarios del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el 33.3% (5) identificó los costos de su consumo excesivo como Problemas Sociales, Familiares, Económicos y de Trabajo; el 13.3% (2), Problemas Emocionales; el 13.3% (2), Rechazo Social y Pérdida de Amistades; el 6.7% (1), Pérdida de Autoimagen y Disminución de Rendimiento; el 13.3% (3), Problemas de Salud; el 6.7% (1), Problemas Económicos; el 6.7% (1), Pérdida de Control y el 6.7% (1) no identificó ningún costo de su consumo excesivo de alcohol.

En tanto, los sujetos que solicitaron sesiones adicionales identificaron los costos de su consumo excesivo de la siguiente manera: el 53.3% (8) los identificó como Problemas Sociales, Familiares, Económicos y de Trabajo; el 13.3% (2), Problemas Emocionales; el 26.7% (4), Rechazo Social y Pérdida de Amistades y el 6.7% (1), Pérdida de Autoimagen y Disminución de rendimiento.

En relación a los BENEFICIOS DEL CONSUMO MODERADO O DE LA ABSTINENCIA en el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el 26.7 (4) señaló Recuperar Confianza y Ser Buen Ejemplo; el 33.3% (5), Salud, Relaciones Familiares y Control sobre su Vida; el 6.7% (1), Mejorar Relaciones Sociales y el 33.3% (5), Mejorar Presupuesto.

Mientras que en el grupo que solicitó sesiones adicionales el 13.3% (2) señaló Recuperar Confianza y Ser Buen Ejemplo; el 26.7% (4), Salud, Relaciones Familiares y Control sobre su Vida; el 6.7% (1), Mejorar Relaciones Sociales; el 33.3% (5), Mejorar Presupuesto; el 13.3% (2), Salud y Aspectos Laborales y el 6.7% (1), Control Sobre su Vida.

En cuanto a las SITUACIONES DE RIESGO IDENTIFICADAS POR EL USUARIO: el 53.3% (8) señaló Fiestas y Reuniones con Amigos y/o Familiares como sus principales situaciones de riesgo de consumo; el 6.7% (1), el estar Deprimido; el 6.7% (1), Escuela, Amigos y Familia; el 13.3% (2), Presión Social, Económica y Cansancio; el 13.3% (2), Exceso o falta de Actividades Sociales y el 6.7% (1), Salir de la rutina y manejo de Tiempo Libre.

En tanto que en el grupo que solicitó sesiones adicionales el 26.7% (4) señaló Fiestas y Reuniones con Amigos y/o Familiares; el 6.7% (1), el estar Deprimido; el 6.7% (1), Escuela, Amigos y Familia; el 6.7% (1) Presión Social, Económica y Cansancio; el 20% (3), Exceso o Falta de Actividades Sociales; el 20% (3), Conflictos Sociales, con la Pareja y de Trabajo; el 6.7% (1), Problemas de Socialización y el 6.7% (1), no identificó situaciones de riesgo.

De acuerdo a las SOLUCIONES PARA EL PROBLEMA PLANEADAS POR EL USUARIO: en el grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones, el 33.3% (5) planeó Tomar con Control o No Tomar; el 13.3% (2), Tomar con Control y Programar Actividades; el 6.7% (1), Buscar Alternativas en Casa y No Quedarse Hasta el Ultimo en las Fiestas y el 46.7% (7), Hablar con Amigos y Familiares. Para el grupo que solicitó sesiones adicionales, el 20% (3) planeó Tomar con Control o No Tomar; el 13.3% (2), Tomar con Control y Programar Actividades; el 20% (3), Buscar Alternativas en Casa y No quedarse Hasta el Ultimo en las Fiestas; el 20% (3), Hablar con Amigos y Familiares; el 6.7% (1), No Salir de Casa, No Combinar; el 13.3% (2), Cambio de Actividades y el 6.7% (1), no reportó planes.

Los resultados que se describen a continuación corresponden sólo a 28 sujetos de la muestra original, debido a que los instrumentos de los cuales fueron obtenidos los datos no se aplicaron a los primeros usuarios del programa.

En relación a la SATISFACCION DEL USUARIO CON RESPECTO AL TRATAMIENTO el 50% (7) de los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones manifestó estar muy satisfecho con RESPECTO AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO EN GENERAL; el 14.3% (2), algo más que satisfecho y el 35.7% (5), satisfecho.

De los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales el 64.3% (9) manifestó estar muy satisfecho con respecto al Programa del Tratamiento en General; el 14.3% (2), algo más que satisfecho; el 14.3% (2), satisfecho y el 7.1% (1), poco satisfecho.

Con respecto al reactivo que califica la CALIDAD DE LOS SERVICIOS que recibió el usuario, los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones contestaron de la siguiente manera: el 57.1% (8) manifestó que la calidad de los servicios fue excelente; el 28.6% (4), muy buena y el 14.3% (2), buena.

En tanto los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales el 78.6% (11) manifestó que la calidad de los servicios fue excelente y el 21.4% (3), muy buena.

De acuerdo al reactivo que califica la CANTIDAD DE TIEMPO que ocupó el sujeto en el programa, el 7.1% (1) de los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones manifestó haber ocupado mucho tiempo en el programa; el 7.1% (1), más que lo correcto; el 78.6% (11), lo correcto y el 7.1% (1), poco.

Mientras que el 100% (14) de los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales reportó haber ocupado lo correcto de tiempo en el programa.

*En cuanto al reactivo que califica la **SATISFACCION CON RESPECTO A LA PARTE DE AUTO-CONTROL DEL PROGRAMA**, los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones calificaron como sigue: el 42.9% (6) manifestó estar muy satisfecho; el 50% (7), satisfecho y el 7.1% (1), poco satisfecho.*

En tanto que el 50% (7) de los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales, manifestaron estar muy satisfechos con respecto a la parte de Auto-Control del Programa; el 21.4% (3), algo más que satisfecho; el 21.4% (3), satisfecho y el 7.1% (1), poco satisfecho.

*En relación al reactivo que califica la **SATISFACCION GENERAL CON RESPECTO A SU TERAPEUTA**, de los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones, el 71.4% (10) manifestó estar muy satisfecho; el 21.4% (3), algo más que satisfecho y el 7.1% (1), satisfecho.*

De los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales, el 85.7% (12) manifestó estar muy satisfecho con respecto a su terapeuta y el 14.3% (2) manifestó estar algo más que satisfecho.

*Con respecto al reactivo que califica la **UTILIDAD DE LAS LECTURAS**, de los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el 35.7% (5) calificó las lecturas como muy útiles; el 21.4% (3), algo más que útiles; el 35.7% (5), útiles y el 7.1% (1), poco útiles.*

Mientras que del grupo que solicitó sesiones adicionales el 50% (7) calificó como muy útiles las lecturas, el 14.3% (2), algo más que útiles y el 35.7% (5) útiles.

*De acuerdo al reactivo que califica la **UTILIDAD DE LAS TAREAS**, el 35.7% (5) de los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones calificó las tareas como muy útiles; el 28.6% (4), algo más que útiles; el 28.6% (4), útiles y el 7.1% (1), poco útiles.*

El 71.4% (10) de los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales calificaron las tareas como muy útiles; el 7.1% (1), algo más que útiles y el 21.4% (3), útiles.

En cuanto al reactivo que califica el NIVEL DE DIFICULTAD DE LAS TAREAS, los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones calificaron como sigue: el 14.3% (2) calificó las tareas como muy fáciles; el 7.1% (1), algo más que fáciles; el 42.9% (6), fáciles; el 28.6% (4), algo difíciles y el 7.1% (1), muy difíciles.

En tanto al grupo de los sujetos que solicitó sesiones adicionales, el 7.1% (1) calificó las tareas como muy fáciles; el 14.3% (2) algo más que fáciles; el 57.1% (8), fáciles y el 21.4% (3), algo difíciles.

En relación al reactivo que califica la UTILIDAD DE LAS FORMAS DE AUTO-REGISTRO, de los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el 50% (7) las calificó como muy útiles; el 14.3% (2), algo más que útiles; el 28.6% (4), útiles y el 7.1% (1), no contestó.

De los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales, el 85.7% (12) calificó las formas de auto-registro como muy útiles; el 7.1% (1), algo más que útiles y el 7.1% (1), útiles.

Con respecto al reactivo que califica la UTILIDAD DE LA LECTURA BALANCE DECISIONAL, el 42.9% (6) de los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones la calificó como muy útil; el 21.4% (3), algo más que útil; el 28.6% (4), útil y el 7.1% (1), poco útil.

Mientras que el 85.7% (12) de los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales calificó la lectura Balance Decisional como muy útil el 7.1% (1), algo más que útil y el 7.1% (1), útil.

De acuerdo al reactivo que califica el CLIMA DEL PROGRAMA DEL TRATAMIENTO, los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones calificó como sigue: el 50% (7) manifestó estar muy satisfecho; el 21.4% (3), algo más que satisfecho y el 28.6% (4), satisfecho.

De los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales el 78.6% (11) manifestó estar muy satisfecho con el clima del programa del tratamiento; el 7.1% (1), algo más que satisfecho y el 14.3% (2) satisfecho.

En cuanto al reactivo que califica QUE TANTO SENTIO QUE EL PROGRAMA LE AYUDO EN SU PROBLEMA DE ALCOHOL, de los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el 50% (7) manifestó que le ayudó mucho; el 21.4% (3), ayuda regularmente; y el 28.6% (4), ayudó algo.

En tanto que de los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales, el 78.6% (11), manifestó que le ayudó mucho; el 14.3% (2), ayudó regularmente y el 7.1% (1), ayudó algo.

*En relación al reactivo que califica **SI RECOMENDARIA EL PROGRAMA** a algún amigo que necesite ayuda similar el 57.1% (8) de los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones lo recomendaría definitivamente; el 21.4% (3), sí lo recomendaría; el 28.6% (4), tal vez y el 7.1% (1), no lo recomendaría.*

Mientras que el 85.7% (12) de los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales recomendaría definitivamente el programa y el 14.3% (2), sí lo recomendaría.

*Con respecto al **PRONOSTICO** que el terapeuta le asigna a cada sujeto al final de sus 4 sesiones de tratamiento de qué tan confiado está el terapeuta de que el usuario conseguirá cambios importantes en el control de su problema, para los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones el rango es el siguiente: el 60% de confianza para el 6.7% (1) de los sujetos; el 75% para el 6.7% (1) de los sujetos; el 80% para el 13.3% (2) de los sujetos; el 90% para el 40% (6) de los sujetos; el 98% para el 13.3% (2) de los sujetos y el 100% de confianza para el 20% (3) de los sujetos.*

En tanto que para los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales fue como sigue: el 20% de confianza para el 7.7% (1) de los sujetos; el 40% para el 7.7% (1) de los sujetos; el 60% para el 7.7% (1) de los sujetos; el 70% para el 7.7% (1) de los sujetos; el 80% para el 15.4% (2) de los sujetos; el 90% para el 30.8% (4) de los sujetos; el 94% para el 7.7% (1) de los sujetos; el 95% para el 7.7% (1) de los sujetos y el 100% de confianza para el 7.7% (1) de los sujetos.

A continuación se presentan los resultados descritos anteriormente en Tablas que facilitan su revisión.

DESCRIPCIÓN	GRUPO A (N=100)	GRUPO B (N=100)
Edad	38.8 Años	39.2 Años
Escolaridad	60% Profesionistas 20% Preparatoria 13.3% Primaria	60% Profesionistas 20% Preparatoria 6.7% Secundaria 13.2% Primaria
Estado Civil	60% Casados 20% Solteros 13.3% Unión Libre 6.7% Divorciados	40% Casados 33.3% Solteros 13.2% Unión Libre 13.3% Separados
Situación Familiar y Social	46.7% Viven con su pareja e hijos 13.3% Viven con su pareja 13.3% Viven con su pareja y padres 13.3% Viven solos 6.7% Viven con sus hijos y padres 6.7% Vive con sus hijos	20% Viven con su Pareja e hijos 26.7% Viven con su pareja 6.7% Viven con su pareja y padres 20% Viven Solos 20% Viven con sus padres 6.7% Vive con sus hermanos
Situación Laboral	40% Trabaja Tiempo Completo 20% Trabaja Medio Tiempo 20% Trabaja por su cuenta 13.3% Se dedica al hogar 6.7% Jubilado	26.7% Trabaja Tiempo Completo 26% Trabaja Medio Tiempo 20% Trabaja por su cuenta 13.3% No tiene empleo 6.7% Trabajo ocasional 6.7% No reportó situación laboral
Ingresos	13.3% Sin ingresos 13.3% Un Salario Mínimo 20% Dos a Cuatro Salarios Mínimos 20% Cinco a Seis Salarios Mínimos 13.3% Siete a Diez Salarios Mínimos 13.3% Once a Catorce Salarios Mínimos 6.7% Más de Quince Salarios Mínimos	7.1% Sin ingresos 21.4% Un Salario Mínimo 21.4% Dos a Cuatro Salarios Mínimos 21.4% Cinco a Seis Salarios Mínimos 7.1% Siete a Diez Salarios Mínimos 7.1% Once a Catorce Salarios Mínimos 14.3% Más de Quince Salarios Mínimos
Hospitalizaciones	93% No hospitalizaciones 6.7% Hospitalizaciones	93.3% No hospitalizaciones 6.7% Hospitalizaciones
Arrestos	86.7% Sin arrestos 13.3% Arrestos	86.7% Sin arrestos 13.3% Arrestos
Número de años con problemas por beber	10.7 Años	8.93 Años
Número de veces que han intentado dejar o reducir el beber	3.87 Veces	3.47 Veces
Número de días que consumen alcohol en las mañanas para curarse la cruda	17.77 Días	45.07 Días
Número de años de ser bebedor excesivo	11.87 Años	9.77 Años
Gasto de Dinero en Alcohol a la semana	6.7% Menos de \$50 26.7% \$50 a \$100 40% \$100 a \$200 26.7% \$200 a \$300	6.7% Menos de \$50 26.7% \$50 a \$100 20% \$100 a \$200 6.7% \$200 a \$300 40% Más de \$300
Descripción de su problema de consumo de alcohol durante el año pasado	33.3% Un gran problema 40% Un problema mayor 20% Un problema menor 6.7% Un pequeño problema	26.7% Un gran problema 40% Un problema mayor 26.7% Un problema menor 6.7% Sin problema
Consumo de Tabaco	53.3% Ex-fumadores 26.7% Actualmente fuman 20% No fuman	13.3% Ex-fumadores 73.3% Actualmente fuman 6.7% Dejó de fumar hace menos de un año

Daño Físico	80% Sin daño físico 13.3% Daño físico menor 6.7% Daño físico mayor	73.3% Sin daño físico 20% Daño físico menor 6.7% Daño físico mayor
Daño Cognoscitivo	60% Sin daño 20% Daño menor 13.3% Daño mayor	60% Sin daño 20% Daño menor 20% Daño mayor
Daño Afectivo	46.7% Sin daño afectivo 20% Daño menor 33.3% Daño mayor	26.7% Sin Daño afectivo 33.3% Daño menor 40% Daño mayor
Problemas Interpersonales	40% Sin ningún tipo de problema 26.7% Problemas menores 33.3% Problemas mayores	26.7% Sin ningún tipo de problemas 33.3% Problemas menores 40% Problemas mayores
Problemas de Agresividad	46.7% Sin problemas de agresividad 26.7% Agresividad Verbal 26.7% Agresividad Física	33.3% Sin problemas de agresividad 20% Agresividad Verbal 26.7% Agresividad Física
Problemas Laborales	73.3% Sin problemas Laborales 26.7% Problemas laborales menores	60% Sin problemas Laborales 26.7% Problemas Laborales menores 13.3% Problemas Laborales mayores
Problemas Legales	93.3% Sin problemas Legales 6.7% Problemas Legales	100% Sin problemas Legales
Problemas Financieros	73.3% Sin problemas Financieros 26.7% Problemas Financieros mayores	66.7% Sin problemas Financieros 33.3% Problemas Financieros mayores
Nivel de Dependencia	17.25% (SADD) 17.60% (ADS)	17.08 (SADD) 19.40 (ADS)
Áreas de Confianza Situacional Actuales (SCQ) 1a. Aplicación	26.7% Emociones Agradables 26.7% Presión Social 13.3% Momentos Agradables 20% Emociones Desagradables 6.7% Probando Auto-control 6.7% Tentaciones para Usar	13.3% Emociones Agradables 26.7% Presión Social 26.7% Momentos Agradables 20% Emociones Desagradables 13.3% Malestar Físico
Áreas de Confianza Situacional Actuales (SCQ) 2a. Aplicación	13.3% Emociones Agradables 13.3% Presión Social 6.7% Momentos Agradables 6.7% Emociones Desagradables 33.3% Probando Auto-control	6.7% Emociones Agradables 6.7% Presión Social 33.3% Momentos Agradables 6.7% Emociones Desagradables 40% Probando Auto-control 6.7% Malestar Físico
Situación de Consumo Excesivo (IDS)	20% Presión Social 13.3% Emociones Desagradables 13.3% Probando Auto-control 6.7% Momentos Agradables 40% Emociones Agradables 6.7% Conflicto con Otros	33.3% Presión Social 20% Emociones Desagradables 20% Probando Auto-control 6.7% Momentos Agradables 20% Emociones Agradables
Consumo de Alcohol Durante el Último año (TIME LINE)	7.63 Tragos promedio de Consumo diario 16.8% Máximo de Tragos por Ocasión 65 Días Consecutivos de Abstinencia	7.75 Tragos promedio de Consumo diario 16.70 Máximo de Tragos por Ocasión 68.13% Días Consecutivos de Abstinencia

Costos del Consumo Excesivo	33.3% Problemas Sociales, Familiares, Económicos y de Trabajo 13.3% Problemas Emocionales 13.3% Rechazo Social y Pérdida de Amistades 6.7% Pérdida de Autoimagen y Disminución de Rendimiento 13.3% Problemas de Salud 6.7% Problemas Económicos 6.7% Pérdida de Control 6.7% Sin Costos	53.3% Problemas Sociales, Familiares, Económicos y de Trabajo 13.3% Problemas Emocionales 26.7% Rechazo Social y Pérdida de Amistades 6.7% Pérdida de Autoimagen y Disminución de Rendimiento
Beneficios del Consumo Moderado o de la Abstinencia	26.7% Recuperar Confianza y ser Buen Ejemplo 33.3% Salud, Relaciones Familiares y Control sobre su Vida 6.7% Mejorar Relaciones Sociales 33.3% Mejorar Presupuesto	13.3% Recuperar Confianza y ser Buen Ejemplo 26.7% Salud, Relaciones Familiares y Control sobre su vida 6.7% Mejorar Relaciones Sociales 33.3% Mejorar Presupuesto 13.3% Salud y Aspectos Laborales 6.7% Control sobre su Vida
Situaciones de Riesgo Identificadas por el Usuario	53.3% Fiestas y Reuniones con Amigos y/o Familiares 6.7% Estar Deprimido 6.7% Escuela, Amigos y Familia 13.3% Presión Social, Económica y Consumo 13.3% Exceso o Falta de Actividades Sociales 6.7% Salir de la Rutina y Manejo de Tiempo Libre	26.7% Fiesta y Reuniones con Amigos y/o Familiares 6.7% Estar Deprimido 6.7% Escuela, Amigos y Familia 6.7% Presión Social, Económica y Consumo 20% Exceso o Falta de Actividades Sociales 20% Conflictos Sociales, Pareja y Trabajo 6.7% Problemas de Socialización 6.7% Sin Situaciones de Riesgo
Soluciones para el Problema Planteadas por el Usuario	33.3% Tomar con Control o no Tomar 13.3% Tomar con Control y Programar Actividades 6.7% Buscar Alternativas en Casa y No Quedarse Hasta el Último en las Fiestas 46.7% Hablar con Amigos y Familiares	20% Tomar con Control o no Tomar 13.3% Tomar con Control y Programar Actividades 20% Buscar Alternativas en Casa y No Quedarse Hasta el Último en las Fiestas 20% Hablar con Amigos y Familiares 6.7% No salir de Casa, No Combinar 13.3% Cambio de Actividades 6.7% Sin Soluciones
Satisfacción del Usuario con Respecto al Tratamiento	50% Muy Satisfecho 14.3% Algo Más que Satisfecho 35.7% Satisfecho	64.3% Muy Satisfecho 14.3% Algo Más que Satisfecho 14.3% Satisfecho 7.1% Poco Satisfecho
Calidad de Los Servicios Según el Usuario	57.1% Excelente 28.6% Muy Buena 14.3% Buena	78.6% Excelente 21.4% Muy Buena
Tiempo Invertido por el Usuario en el Programa	7.1% Mucho Tiempo 7.1% Más que lo Correcto 78.6% Lo Correcto 7.1% Poco	100% Lo Correcto
Satisfacción con Respecto a la Parte de Auto-Control del Programa	42.9% Muy Satisfecho 50% Satisfecho 7.1% Poco Satisfecho	50% Muy Satisfecho 21.4% Algo Más que Satisfecho 21.4% Satisfecho 7.1% Poco Satisfecho

Satisfacción General Con Respecto a su Terapeuta	71.4% Muy Satisfecho 21.4% Algo Más que Satisfecho 7.1% Satisfecho	85.7% Muy Satisfecho 14.3% Algo Más que Satisfecho
Utilidad de las Lecturas	35.7% Muy Útiles 21.4% Algo Más que Útiles 35.7% Útiles 7.1% Poco Útiles	50% Muy Útiles 14.3% Algo Más que Útiles 35.7% Útiles
Utilidad de las Tareas	35.7% Muy Útiles 28.6% Algo Más que Útiles 28.6% Útiles 7.1% Poco Útiles	71.4% Muy Útiles 7.1% Algo Más que Útiles 21.4% Útiles
Nivel de Dificultad de las Tareas	14.3% Muy Fáciles 7.1% Algo Más que Fáciles 42.9% Fáciles 28.6% Algo Difíciles 7.1% Muy Difíciles	7.1% Muy Fáciles 14.35% Algo Más que Fáciles 57.1% Fáciles 21.4% Algo Difíciles
Utilidad de las Formas de Auto-Registro	50% Muy Útiles 14.3% Algo Más que Útiles 28.6% Útiles 7.1% No Contestó	85.7% Muy Útiles 7.1% Algo Más que Útiles 7.1% Útiles
Utilidad de la Lectura Balance Decisional	42.9% Muy Útil 21.4% Algo Más que Útil 28.6% Útil 7.1% Poco Útil	85.7% Muy Útil 7.1% Algo Más que Útil 7.1% Útil
Clima del Programa de Tratamiento	50% Muy Satisfecho 21.4% Algo Más que Satisfecho 28.6% Satisfecho	78.6% Muy Satisfecho 7.1% Algo Más que Satisfecho 14.3% Satisfecho
Que Tanto Sintió Que el Programa le Ayudó en Su Problema de Alcohol	50% Ayudó Mucho 21.4% Ayudó Regularmente 28.6% Ayudó Algo	78.6% Ayudó Mucho 14.3% Ayudó Regularmente 7.1% Ayudó Algo
Recomendaría el Programa	57.1% Definitivamente lo Recomendaría 27.4% Si lo Recomendaría 28.6% Tal vez lo Recomendaría 7.1% No lo Recomendaría	85.7% Definitivamente lo Recomendaría 14.3% Si lo Recomendaría
Preróctico	Del 60% al 100%	Del 20% al 100%

III.- COMPONENTES DE LAS SESIONES ADICIONALES.

*Con respecto al reactivo relacionado con proporcionarle **MAS LECTURAS PARECIDAS A LAS DEL PROGRAMA**, tanto para los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones como para los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales, se encontró que en la mayoría de los casos los terapeutas consideraron innecesario darle más lecturas parecidas a las del programa.*

*En relación al reactivo **RECOMENDADO OTRO TIPO DE LECTURAS**, tanto para los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones como para los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales, se encontró que en la mayoría de los casos los terapeutas no recomendaron otro tipo de lecturas.*

*De acuerdo al reactivo **LECTURAS PARECIDAS A LAS DEL PROGRAMA**, tanto para los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones como para los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales, se encontró que en la mayoría de los casos los terapeutas no recomendaron lecturas parecidas a las del programa.*

*En cuanto al reactivo **REQUERIR OTRO TIPO DE TERAPIA**, tanto para los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones como para los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales, se encontró que en la mayoría de los casos los terapeutas no manifestaron que el paciente requiriera otro tipo de terapia.*

*Con respecto al reactivo **LOS TERAPEUTAS LES RECOMENDARON OTRO TIPO DE TERAPIA A** los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones se les recomendaron las siguientes: a la mayoría se les recomendó Terapia de Pareja y/o Familiar; a otros no se les recomendó nada ya que sus problemas están muy relacionados con el alcohol y a otros se les recomendó Terapia Sexual.*

A los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales las recomendaciones de otro tipo de terapia fueron como sigue: a la mayoría no se le recomendó nada; a algunos se les recomendó ayuda Médica o Psiquiátrica y a otros se les recomendó Terapia de Pareja y/o Familiar.

*En relación al reactivo **OTRAS ALTERNATIVAS DENTRO DEL TRATAMIENTO APARTE DE LAS ESPECIFICADAS**, la mayoría tanto de los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones como de los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales no dieron otras alternativas dentro del tratamiento; otros sugirieron Actividades para Manejo de Tiempo Libre, Búsqueda de Formas de Comunicación, Asertividad y Cambio de Actividades.*

*De acuerdo al reactivo de si el terapeuta le **HA SUGERIDO QUE HAGA CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA** a la mayoría de los sujetos que terminó su tratamiento en 4 sesiones no se les sugirió hacer cambios en su estilo de vida; y a algunos se les sugirieron Actividades Recreativas y/o Sociales; Actividades Productivas; ; Manejo de Tiempo Libre y Presiones; Plan de Acción Respecto a Situación Familiar; Manejo de Problemática Sexual y Acudir al Médico. De los sujetos que solicitaron sesiones adicionales a la mayoría no se les sugirió que hicieran cambios en su estilo de vida; y a los demás se les sugirieron Actividades Recreativas y/o Sociales o Actividades Productivas o Manejo de Tiempo Libre y Presiones o Plan de Acción Respecto a Situación Familiar o Manejo Asertivo ante Agresividad.*

*Los sujetos que **HAN REALIZADO CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA** del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones, los han realizado con el siguiente **EXITO**: la mayoría ha tenido éxito en un rango de 71 % a 100 %; otros, menos del 70 % y en algunos de ellos los cambios estaban iniciando.*

Los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales que han realizado cambios en su estilo de vida, los han hecho con el siguiente éxito: en la mayoría de ellos los cambios estaban iniciando; en algunos, los cambios se habían realizado sin éxito y sólo en algunos casos el éxito fue en un rango de 71 % al 100 %.

*Los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones así como los sujetos que solicitaron sesiones adicionales **HAN SUGERIDO O REALIZADO CAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA POR INICIATIVA PROPIA** en los siguientes rubros:*

Dejar Trabajo que no le Agrada, Desarrollarse en Estudios, Pareja y Trabajo, Hacer Ejercicio y Salir con la Familia, Trabajo y Deporte; Actividades nuevas, sin embargo, la mayoría no sugirió o realizó cambios en su estilo de vida por iniciativa propia.

*Para los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales, en la mayoría de los casos fue el mismo sujeto quien **SUGIRIO LA OPCION DE TOMAR SESIONES ADICIONALES** y sólo en algunos casos la decisión la tomaron entre el terapeuta y el paciente.*

Esta decisión fue tomada por los siguientes motivos: en la mayoría de los casos, por Inseguridad en el Auto-Control; Reafirmar Avances, Reforzar Sesiones Anteriores y Manejo de Recaídas, Revisar Plan de Acción, Solucionar Problemas de Empleo, Hijos y Pareja, Retroalimentación de los logros obtenidos y Adquirir Seguridad en Cambios Planteados.

LOS COMPONENTES A UTILIZAR en dichas sesiones adicionales planeados por el terapeuta fueron: *Enfatizar Estrategias de Auto-Control, Revisión de Planes de Acción para Problemas en la Familia, Tiempo Libre, Situaciones de Riesgo, Situación Laboral y/o Personal; Estrategias de Afrontamiento más Asertivas para Conflictos; Programa General de Solución de Problemas; Actividades alternativas; Revisión de las Técnicas de Reducción y Entrenamiento Asertivo.*

*El **POR QUE** de estos componentes es el siguiente: Para Mayor Seguridad, Control de Consumo y una Vida más Satisfactoria; Debido a su Situación Laboral; Porque bebían en su Tiempo Libre; Por su Situación Económica Precaria y Relaciones Interpersonales; Porque no se Han Alcanzado Metas; para Aprender Alternativas para Situaciones de Riesgo y Establecer Planes de Acción Nuevos, y Para hacer una Sistematización del Plan de Acción.*

Cinco de los sujetos que solicitaron sesiones adicionales sólo pidieron una sesión más; Tres de ellos solicitaron dos sesiones más; Cuatro, tres sesiones más y los 3 restantes, 4 sesiones más. Esto da un total de 35 sesiones adicionales para 15 sujetos.

Durante estas 35 sesiones adicionales, En la mayoría de las sesiones los sujetos siguieron su registro diario de consumo, y se hizo revisión de metas y sólo en algunas no se hizo revisión de metas.

LOS COMPONENTES UTILIZADOS en las sesiones adicionales fueron como sigue: *En la mayoría se hizo Revisión de Planes de Acción, pero también se utilizaron: Estrategias de Autocontrol, Manejo de Recaídas o Uso de Otras Drogas, Conductas Alternativas, Situaciones de Riesgo, Revisión de Metas y Revisión de Situación Familiar y Marital.*

CAPITULO X

DISCUSION

Como se puede observar en los datos descritos anteriormente no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos debido probablemente a que se utilizó una muestra pequeña de usuarios. Sin embargo, se encontraron diferencias interesantes cuantitativas, tanto en las variables de evaluación como en las variables de tratamiento.

Con respecto a las características socioeconómicas se observó que los usuarios del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones la mayoría son casados, viven en general con su pareja y tienen en un alto porcentaje trabajo de tiempo completo; en tanto que en el grupo que solicitó sesiones adicionales hay un alto porcentaje de solteros, personas que aún viven con sus padres y también de personas que viven solos y en general tienen una situación laboral menos estable, ya que hay un alto porcentaje de usuarios que trabaja medio tiempo o que tiene trabajo ocasional e inclusive usuarios que no trabajan, por lo tanto sus ingresos económicos son menores con respecto al primer grupo. Sin embargo, un dato interesante es que en ambos grupos se gasta la misma cantidad de dinero en alcohol. (Anexo 4 y 5)

Particularmente con respecto a la edad, el promedio de edad de los sujetos cae en el rango de mayor índice de prevalencia según la Encuesta Nacional de Adicciones, así como también se encuentra que los problemas principales por el consumo de alcohol están relacionados con la salud y la familia como en este estudio. Sin embargo en esta muestra no se reportan problemas de violencia o accidentes automovilísticos como señala dicho documento.

En cuanto al consumo de tabaco se encontró que en el primer grupo existe un bajo porcentaje de personas que fuman y un dato interesante es que el porcentaje más alto en este grupo es el de personas que son ex-fumadores. En cambio en el grupo de los que pidieron sesiones adicionales la mayoría actualmente son fumadores.

En relación a las variables relacionadas con el consumo mismo se encontró que los dos grupos fueron homogéneos en cuanto a su Historia de Consumo, Nivel de Dependencia al Alcohol, Consecuencias obtenidas por el Consumo de Alcohol, Promedio de Consumo Diario, Número Máximo de Copas por Ocasión de Consumo y Días de Abstinencia. Es decir, no se encontraron diferencias significativas.

Respecto a las variables de tratamiento, se observó que al agrupar las categorías obtenidas en Personales e Interpersonales no hay diferencias acerca de los Beneficios que los usuarios reportan para cambiar su consumo ya sea hacia la abstinencia o hacia la moderación ya que en ambos grupos existen tanto Beneficios Personales como Interpersonales para hacerlo. Sin embargo sí existen diferencias en cuanto a los costos del consumo excesivo, observando que para los sujetos que terminaron su tratamiento en 4 sesiones los costos son principalmente personales a diferencia de los sujetos del grupo que solicitó sesiones adicionales para los cuales los costos del consumo excesivo son principalmente interpersonales.(Anexo 6)

Con respecto a las situaciones de riesgo de consumir en exceso identificadas por el usuario, al dividir las situaciones identificadas por el usuario en Agradables y Desagradables, se encontró que los sujetos del grupo que terminó su tratamiento en 4 sesiones señalan con un alto porcentaje las situaciones agradables; no así el grupo que solicitó sesiones adicionales, pues ellos señalan más o menos en la misma proporción tanto situaciones agradables como situaciones desagradables.(Anexo 7)

Esta diferencia la podemos notar también cuando dividimos las categorías de las Soluciones para el Problema Planeadas por el usuario en tres principales rubros: Habilidades de Afrontamiento Generales, Habilidades de Afrontamiento Específicas y Redes de Apoyo Social. Los sujetos del primer grupo planean en la misma proporción tanto en base a Habilidades de Afrontamiento Específicas como a Redes de Apoyo Social; en contraste, los sujetos del segundo grupo se basan más en Habilidades de Afrontamiento Generales, en menor proporción en Habilidades de Afrontamiento Específicas y en un porcentaje bajo en Redes de Apoyo Social .(Anexo 8)

Con respecto a la evaluación que los usuarios realizan acerca del programa, se puede señalar que en términos generales ambos grupos se encuentran satisfechos con el servicio y consideran útiles los componentes empleados en su tratamiento, sin embargo los usuarios del grupo que asistió a sesiones adicionales presentó una tendencia más elevada en estas variables, tal vez por esa misma razón consideran importante acudir a más sesiones.

En cuanto al pronóstico del usuario realizado por el terapeuta, éste fue más bajo en el grupo de usuarios que acudieron a sesiones adicionales. Esto se relaciona con el porcentaje de éxito que se señalaba en relación a los cambios en su estilo de vida, ya que en este grupo se mencionaba que estos cambios habían sido iniciados en ese momento o que no habían tenido éxito hasta ese momento (Anexo 9). Es importante señalar que existe relación entre el pronóstico de éxito que otorgaban los terapeutas y la petición de los usuarios para solicitar sesiones adicionales.

En general, ambos grupos dieron las mismas alternativas (Actividades para Manejo de Tiempo Libre, Búsqueda de Formas de Comunicación, Cambio de Actividades) dentro del tratamiento aparte de las especificadas. El terapeuta sugirió a ambos grupos los mismos cambios en el estilo de vida (Actividades Recreativas y/o Sociales, Actividades Productivas) y, también en general, los sujetos realizaron cambios en su estilo de vida por iniciativa propia (Dejar Trabajo que no le Agradaba, Hacer Ejercicio).

CAPITULO XI

PROPUESTA

Los resultados descritos anteriormente y la revisión de la literatura llevan a una serie de consideraciones, a saber:

Primero: Los componentes utilizados hasta ahora por los terapeutas en las sesiones adicionales parecen indicar que debe hacerse un recuento de las sesiones estructuradas identificando aquellos componentes que no han sido utilizados óptimamente, por ejemplo las Técnicas de Reducción o el Establecimiento de Metas.

Segundo: Los resultados obtenidos en evaluación muestran que es necesario dirigir los esfuerzos de las sesiones adicionales sobre la calidad de vida a nivel personal y laboral de los usuarios, considerando los propios recursos y redes de apoyo social con que cuentan actualmente, pues ésto permitirá desarrollar habilidades de afrontamiento personalizadas y efectivas, tal como lo señalan Taylor y cols., (1982).

Tercero: Las habilidades de afrontamiento relacionadas con el consumo deben dirigirse a evitar los costos que actualmente están experimentando los usuarios y las situaciones de riesgo actuales y potenciales poniendo una especial atención a las interacciones de éstos con su entorno, ya que éstas son determinantes para obtener resultados positivos; como se ha encontrado en investigaciones realizadas por Ogborne, Sobell y Sobell (1985). Lo que se necesita es aprender una estrategia general para identificar y responder a las situaciones de riesgo. Para ésto se sugiere enfatizar el análisis funcional tanto de las situaciones de consumo como de los problemas en otras áreas de vida del usuario que desencadenan consumo excesivo (aquellas que se han clasificado como situaciones desagradables, por ejemplo Rutina, Presión Social, Económica y Cansancio), considerando el fracaso o éxito que han experimentado en intervenciones anteriores y los apoyos sociales que están disponibles en ese momento. Por lo que sería ideal que no se pasara a la siguiente sesión si antes no se ha cubierto el objetivo de la sesión, sin olvidar que el modelo señala que el tratamiento debe ser breve. Así mismo es necesario identificar de una manera más detallada las actividades alternativas incompatibles con el consumo encaminadas también a mejorar la calidad de vida del usuario (Vogler, Weissbach, Compton & Martin, 1977).

Cuarto: Un componente esencial debe seguir siendo el motivacional como lo plantean Miller y Rollinck (1991), a través de descansar la elección del proceso de cambio en el usuario, de la retroalimentación acerca de los planes que el desarrolle para lograrlo y del énfasis en el establecimiento de metas realistas y flexibles no sólo con relación al consumo sino también en diversas áreas de su vida.

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que este modelo es el adecuado para abordar el problema del abuso en el consumo del alcohol. Ya que se observó que son múltiples las características de los usuarios tanto de los que terminaron su tratamiento en 4 sesiones como de los que solicitaron sesiones adicionales; algunas de estas características las comparten ambos grupos y otras se presentan sólo en alguno de los grupos. Tal diversidad de características hacen necesario que se tomen en cuenta, como lo hace el modelo, los factores cognitivos, conductuales y medio ambientales que determinan la conducta humana, en este caso el consumo excesivo de alcohol (Bandura, 1977). Esta conceptualización permite abordar el problema desde sus diferentes determinantes y por lo tanto una alternativa de solución más amplia.

SUGERENCIAS

Para futuras investigaciones sería recomendable analizar las categorías en que se agrupan los datos del instrumento "Concentrado de Datos", ya que éstas actualmente son muy específicas y por lo tanto numerosas y para fines estadísticos convendría agruparlas en categorías más generales, es decir, disminuir el número de éstas. Además, es necesario recalcar que se requiere llevar a cabo investigación del proceso clínico por medio de observación directa que complemente la información de los auto-reportes que se utilizan en el programa.

Este es un estudio preliminar que no pretende ser concluyente, por lo tanto se sugiere seguir desarrollando investigaciones en donde se analicen las diversas variables con una muestra mayor que permita establecer diferencias estadísticamente significativas.

REFERENCIAS

- Alden, L. (1988). Behavioral self-management controlled drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 280-286.
- Anderson, D. (1991). Las bebidas y la salud social Fundación de Investigaciones Sociales A.C., México. p.p. 24-28-40.
- Annis, H.M. (1982a). Inventory of Drinking Situations. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M. (1982b). Situational Confidence Questionnaire. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Armstrong, J.D. & Kerr, H.T. (1956) A new protective drug in the treatment of Alcoholism. *Canadian Medical Association Journal*, 74, 759-97.
- Arnau Grass, J. (1978) Psicología Experimental, México: Trillas, p. 458.
- Ayala, H.E. y Gutiérrez, M. (1993). Una revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Baekeland, F.L.; Lundwall, L. and Kissin, B. (1975). Methods for the treatment of chronic alcoholism: A critical appraisal. In: Gibbins, R.J., Israel, Y., Kalant, H. Popham, R.E., Schmidt, N., and Smart, R.G. *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*. Vol. 2, New York, Wiley.
- Bandura, A. (1977), Social Learning Theory Prentice Hall, inc. Englewood Cliffs, New Jersey p.p. 7-247.
- Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bartholomew, A.A. & Guille, L.A. (1961). A controlled evaluation of Librium in the treatment of alcoholics. *Medical Journal of Australia* 2, 578-81.
- Beck, A.T. (1976). Cognitive Therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press.

Bell, R.G. (1956). Clinical trial of citrated calcium carbimide. *Canadian Medical Association Journal*, 74, 797-98.

Buck, K.A., & Miller, W.R. (1981). Why does bibliotherapy work? Paper presented at the annual meeting of the association for Advancement of Behavior Therapy. Toronto.

Brown R. A. (1980). Conventional education and controlled drinking education courses with convicted drunken drivers. *Behavior Therapy* 11, 632-642.

Caddy, G.R.; Addington, H.R. & Perkins, D. (1978). Individualized behavior therapy for alcoholics: A third-year independent double blind follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 16, 345-62.

Cahalan, D. (1970). Problem drinkers. A national survey. San Francisco: Jossey-Bass.

Cahalan, D. & Room, R. (1974). Problem drinking among american men. New Brunswick, N.J., Rutgers Center of Alcohol Studies.

Campillo-Serrano, C. (1984). El alcoholismo. En: B. Sepúlveda (Eds.), *Seminario sobre: Problemas de la medicina en México*. Edición del Colegio Nacional. pp.337-352.

Cárdenas, G.L., Vite, A.S. y Ayala, H.E. (1991). Formación de especialistas en tratamiento e investigación del consumo de alcohol. Facultad de Psicología UNAM.

Cárdenas, G.L., Echeverría, V.L. y Ayala, H.E. (1991). Programa de formación e investigación en prevención y tratamiento de alcoholismo. Facultad de Psicología UNAM.

Coghlan G. R. (1979) The investigation of behavioral Self-Control Theory and Techniques in short-term treatment of male alcohol abusers. *Unpublished doctoral dissertation*. State University of New York at Albany, University, Microfilms No. 7918818.

Curlee, J. (1971). Sex differences in patient attitudes toward alcoholism treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 32, 643-650.

Chaney, E.F., O'Leary, M. R., & Marlatt, G.A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.

Charnoff, S.M.; Kissin, B. & Read, J.I. (1963), *An evaluation of various psychotherapeutic agent in the long-term treatment of chronic alcoholism. Results of a double-blind study.* American Journal of Medical Sciences, 246, 172-179.

Childress, A.R.; Mc Lellan, A.T. & O'brien,, C.P. (1985), *Behavioral therapies for substance abuse*". International Journal of the Addictions, 20, 947-969.

Echeverria, Oviedo, Ayala, Annis y Sobell. (1992). *Evaluación de un programa de tratamiento para bebedores problema de México. Ponencia presentada en el 2º congreso de la Asociación Mexicana para el Estudio de las Adicciones.*

Edwards, G. (1980) *Alcoholism treatment: Between guesswork and certainty.* In G. Edwards & M. Grants (Eds.), *Alcoholism treatment in transition* pp. (307-320). London: Croom Helm.

Encuesta Nacional de Adicciones, (1991), Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, p.p. 19-22-23-24.

Ewing, J.A. (1974), *Behavioral approaches for problems with alcohol.* International Journal of Addictions, 9, 389-399.

Fillmore, C.A. & Midanik, L. (1984). *Chronicity of drinking problems among men: A Longitudinal study.* Journal of Studies on Alcohol, 45, 228-236.

Finney, J.; Moos, R. & Mewborn, R. (1980). *Post-treatment experiences and treatment outcome for alcoholic patients six months and two years after hospitalization.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 17-29.

Fox, V. & Smith, N.A. (1959) *Evaluation of chemopschotherapeutic program for the rehabilitation of alcoholics: observations over a two year period.* Quartely Journal of Studies on Alcohol, 20, 767-780.

Franks, C.M. (1970), *Alcoholism.* In C.G. Costello (Ed). Symptoms of psychopathology, New York, Willey.

Foy, D.W., Nunn, B.L. & Rychtarik, R.R. (1984). *Broad-spectrum behavioral treatment for chronic alcoholics: Effects of training controlled drinking skills.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 213-230.

Gallant, D.M.; Bishop, M.P.; Camp, E. & Tisdale, C. (1968). A six month controlled evaluation of metronidazole (Flagyl) in chronic alcoholic patients. *Current Therapeutic Research*, 10, 82-87.

Gessner, P.K. (1979). Drug therapy of the alcohol withdrawal syndrome. In E. Majchrowicz and E.P. Noble (Eds), *Biochemistry and pharmacology of ethanol*, Vol. 2, New York, Plenum.

Goldstein, A.P. & Stein, N. (1976). Prescriptive psychotherapies. New York, Pergamon.

Goodwin, D.W. & Reinhard, J. (1972). Disulfiram like effects of trichomonacidal drugs: A review and double-blind study. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33, 734-740.

Gutiérrez, L. M.; Cárdenas, L. G.; Echeverría, S. L.; y Ayala, H. E.; (1991). Manual de Auto-Control Dirigido para el Consumo excesivo de Alcohol (Sobell, L. C. y Sobell, M. B.).

Graber, R. A., & Millewr, W.R. (1987). Abstinence and controlled drinking goals in behavioral self-control training of problem drinkers: A randomized clinical trial. Manuscript submitted for publication.

Heather, N., & Robertson, I. (1983). Controlled drinking (rev. ed.). London: Methuen.

Hamburg, S. R. Miller, W. R. & Rozytko, V. (1977). Understanding alcoholism and problem drinking Half Moon Bay, Calif.: Social Change Associates.

Hedberg, A.G., & Campbell, L.M. (1974). A comparison of four behavioral treatment approaches to alcoholism. *Journal of Behavioral therapy an experimental Psychiatry*, 5, 251-256.

Hester, R. K., & Miller, W. R. (1989). Handbook of Alcoholism Treatment Approaches, Pergamon Press Inc. p.p. 292.

Hill, S.Y. (1985). "The disease concept of alcoholism: A review". Drug and Alcohol Dependence, 16. 193-214.

Horn, J.L. H. A. Skinner, K. Wanberg, F.M. Foster. (1983). Alcohol Dependence Scale (ADS). Addiction Research Foundation.

Horn, J.L., Skinner, H.A., Wanber, K., Foster, F.M. (1982). Alcohol dependence scale. Toronto: Addiction Research Foundation.

Jellinek, E.M. (1960) The disease concept of alcoholism. New Bronswich, NJ; Hillhouse Press.

Kline, S.A. & Kingstone, E. (1977). Disulfiram implants: the right treatment but the wrong drug. Canadian Medical Association Journal, 116, 1382-1383.

Kline, N.S.; Wren, J.c.; Cooper, T.B.; Vargas, E. & Canal, O.(1974). Evaluation of lithium therapy in chronic alcoholism. American Journal of the Medical Sciences, 268, 15-22.

Labrandero, M. (1986). Los programas contra la farmacodependencia y contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. Instituto Nacional de Psiquiatría. 2, 24-28.

Lynn, E.J. (1976). Treatment for alcoholism: Psychotherapy is alive and well. Journal of Nervous and Mental Disease, 153, 282-283.

Lovibond, & Caddy. (1970). Discriminated aversive control in the moderation of alcoholics drinking behaviors. Behavior therapy, 1, 437-444.

Lowenstam, I. (1967). The effects of metronidazole: a new thioridazine derivative in alcoholics: a preliminary study". Psychosomatics, 10, 43-45.

Lowenstam, I. (1969). "Metronidazole and placebo in the treatment of chronic alcoholism: A comparative study". Psychosomatics, 10, 43-45.

Mandell, W. (1983). Types and phases of alcohol dependenece illness. See Galanter 1983. pp. 415-48.

Marconi, J.; Solari, G.; Gaete, S. & Piazza, L. (1960). Comparative clinical study of the effects of disulfiram and calcium carbimide. I. Side effects. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 22, 46-51.

Marlatt, G.A., & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.

Matakas, F., Koester, H. and Leidner, B. (1978). Which treatmente for which alcoholic? A review. Selected Translations of International Alcoholism Research. U.S. Departmente of Healt and Human Services, Public Healt Service.

Mc Guire, R.J., & Vallance, M. (1964). "Aversion Therapy by electric shock, a simple thechnique". Bristish Medical Journal, 1, 151, 153.

Merry, J.; Reynolds, C.M.; Bailey, J. & Coppen, A. (1976). Prophylactic treatmente of alcoholism by lithium carbonate: A controlled study. Lancett, 2, 481-82.

Miller, W.R. & Muñoz, R. F. (1976). How to control your drinking. Englewood Cliffs, N.S. :Prentice Hall.

Miller, P.M., & Eisler, R. M. (1977). Assertive behavior of Alcoholics: A descriptive analysis. Behavior Therapy, 8, 146-149.

Miller, W. R. (1978). Behavioral Treatment of problem drinkers: A comparative outcome study of three controlled drinking terapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 74-86.

Miller, W.R. & Hester, R.K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. In W.R. Miller (Ed.) The addictive behaviors: treatment of aloholism, drug abuse, smoking and obesity. (pp. 11-14). New York: Pergamon Press.

Miller, W., & Taylor CH. (1980). Focused Versus Broad-Spectrum Behavior Therapy for Problem Drinkers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 590-601.

Miller, W.R. Pechacek, T.F., & Hamburg, S. (1981). Group behavior therapy for problem drinkers. International Journal of the Addictions, 16, 827-837.

Miller, W. R. & Muñoz, R. (1982). How to controll your drinking (rev. ed.). Albuquerque NM: University of New México Press.

Miller, W.R., & Baca, L. M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. Behavior therapy, 14, 441-448.

Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, 84-107.

Miller, W.R. (1986/1987). Motivation for treatment goals. *Drugs and Society* 1, 133-151.

Miller, W.R. & Rollnick, S.C. (1991) Motivational interviewing edit. The Guilford Press New York London

Mischel, W. Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality *Psychological Review*, 1973, 80, 252-283.

Mooney, H.B., Ditman, K.S. & Cohen, S. (1961). Chlordiazepoxide in the treatment of alcoholics. *Diseases of the Nervous System*, 22, 44-51.

Moore, R.A. (1963). Who is qualified to treat the alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, 712-718.

Moser, J. compilador, Alcohol Policies in Native Health and Development Planning (publicación en offset de la OMS, 1989), Ginebra, OMS, 1985.

Nelson, R.O., & Hayes, S.C. (1981). Theoretical explanations for reactivity in self-monitoring. *Behavior Modification*, 5, 3-14.

Ogborne, A. C., Sobell, M. B., & Sobell, L.C. (1985). The significance of environmental factors for the design and the evaluation of alcohol treatment outcome studies. Advances in Behaviour Research and Therapy.

Orford, J., Oppenheimer, E. & Edwards, G. Abstinence or control: The outcome for excessive drinking two years after consultation. *Behavior Research and Therapy*, 1976, 14, 409-418.

Pattison, E. M., Sobell, M. B., & Sobell, L.C. (Eds.). (1977). Emerging concepts of alcohol dependence. New York: Springer.

Platz, A.; Panepinto, W.C.; Kissin, B. & Charnoff, S.M. (1970). Metronidazole and alcoholism: An evaluation of specific and non specific drug treatment. *Diseases of Nervous System*, 31, 631-36.

Pendery, M., Maltzman, I., & West, L. (1982). Controlled drinking by alcoholics: New finding and a reevaluation of a major affirmative study. *Science*, 217, 169-175.

Polich, J.M.; Armor, D.J. & Brailer, A.B. (1981). "The Course of Alcoholism. Four years after treatment". A Wiley- Intersciencie Publication. John Wiley & Sons, New York.

Rada, R.T. & Kellner, R. (1979). Drug treatment in alcoholism. In J. Davis & D.J. Greenblatt (Eds.), *Recent development in psychopharmacology.* New York, Grune & Stratton.

Raistrick, M.D., Dunbar, G., & Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 78, 89-95. Traducción y Adaptación: Echeverria, L. Oviedo, P. Cárdenas, G. Ayala, H.

Rosenberg, C.M. (1974). Drug maintenance in the outpatient treatment of chronic alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 30, 373-77.

Rosowsky, H. y De la Fuente, J.R. (1988). Problemas médicos y sociales vinculados al consumo del alcohol. En Gilbert, J. (Ed.) *Alcohol consumption in Mexicans and Mexican-Americans: A bi-national survey.* UCLA-Spanish Apeaking Mental Health Center.

Sánchez-Craig, M. (1980). Random assignment to abstinence or controlled drinking in a cognitive behavioral program: chort-term efectos on drinking behavior. *Addictive Behavior*, 5, 35-39.

Sánchez-Craig, M.; Annis, H.M.; Bornet, A. R. & MacDonalds, K.R., (1984). "Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behaviorial program for problem drinkers". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 390-403.

Semer, J.M.; Friedland, P.; Vaisberg, M. & Grenberg, A. (1966). The use of metronidazole in the treatment of alcoholism: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*. 123, 722-24.

Shea, J.E. (1954). Psychoanalitic therapy and alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 15, 595-605.

Sobell, M.B., & Sobell, L. (1973). Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*, 4, 49-72.

Sobell, L.C. & Sobell, M. B. (1973). A self-feedback technique to monitor drinking behavior in alcoholics. Behaviour Research and Therapy, 11, 237-238.

Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1978) Evaluating the external validity of Ewing and Rouse. British Journal of Addiction, 73, 343-345.

Sobell, L. C., & Sobell, M.B. (1980). Convergent validity: An approach to increasing confidence in treatment outcome conclusions with alcohol and drug abusers. In L. C. Sobell, M.B. Sobell, & E. Ward (Eds.) Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness: Recent advances (pp. 177-183).

Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1984). The aftermath of heresy: A response to Penderly et al:s (1982) critique of "Individualized behavior therapy for alcoholics" Behaviour Research an Therapy, 22, 413-440.

Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (1986/1987). Conceptual issues regarding goals in the treatment of alcohol problems. Drugs and Society, 1-37.

Sobell, M. B., & Sobell, L.C. (1987a). Conceptual issues regarding goals in the treatment of alcohol problems. Drugs Society, 1.

Sobell, L. & Sobell, M. (1988). Behavioral assessment and treatment planning with alcohol and drug abusers: a review with an emphasis on clinical application. Clinical Psychology Review, 8, 19-54.

Sobell, L.C., Sobell, Leo, G.I. & Cancilla, A. (1988). Reliability of a Timeline Method: assesing normal drinker's reports of recent drinking and a comparative evaluation across several populations. British Journal of Addiction, 83, 393-402.

Sobell, M.B., & Sobell, L.C., (1991) Initial Interview: Addiction Research Foundation.

Sobell, L.C., Sobell, M. B., & Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. In N. Heather, W. R. Miller, & J. Greeley (Eds.), Self-control and the addictive behaviours (pp. 198-242). New York: Macmillan.

Sobell, M. B., Sobell, L. C. Bogardis, J., Leo, G.I., & Skinner, W. (1992). Problem drinkers perceptions of whether treatment goals should be self-selected or therapist-selected. *Behavior Therapy*, 23, 43-52.

Taylor, J.A. (1964). Metronidazole: a new agent for combined somatic and physiotherapy for alcoholism. *Bulletin of the Los Angeles Neurological Society*, 29, 158-62.

Taylor, C. B. Liberman, R. P., Agras, W. S., Barlow, D. H., Bigelow, G. E., Gelfand, D. M., Rusch, A. J., Sobell, M. B. (1982). *Treatment evaluation and behavior therapy.* In J. M. Lewis & G. Usdin (Eds.) *Treatment planning in psychiatry* (pp. 151-224). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Vaillant, G.E. (1983). *The natural history of alcoholism.* Cambridge, M. A., Harvard University Press.

Vogler, R., Compton, J. & Weissbach, T. (1975). *Integrated behavior change techniques for alcoholism.* *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 233-243.

Vogler, R.E. & Caddy, G.R. (1973). *Treatment and prevention of alcoholism: The moderation approach.* *Proceedings of the American Psychological Association*, 81,927-928.

Vogler, R. & Compton (1977). *Learning Techniques for alcohol abuse.* *Behavior Research and Therapy*, 15, 31-38.

Vogler, Weissbach, Compton & Martin, G. (1977). *Integrated behavior change techniques for problem drinkers in the community.* *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 267-279.

Wallerstein, R.S. (1956). *Comparative study of treatment methods for chronic alcoholism: the alcoholism research at winter V.A. Hospital.* *American Journal of Psychiatry* 113,228-3.

Wallerstein, R.S.; Chotls, J.W.; Friend, M.; Hammersey, D.W.; Perlswing, E.A. & Winship, G.M. (1957). *Hospital treatment of alcoholism: A comparative experimental study.* New York, Basic Books.

Wallerstein, R.S. (1958). *Psychological factors in chronic alcoholism.* *Annals of Internal Medicine* 48,114-22.

Weins, A.N.; Mountague, J.R.; Manaugh, T.S. & English, C.J. (1976). *Pharmalogical aversive counterconditioning to alcohol in a private hospital: One year follow- up.* Journal of studies on Alcohol, 37, 1320-23.

Williams, R.J. & Brown, R. A. (1974). Differences in baseline drinking behavior between New Zealand alcoholics and normal drinkers. *Behavior Reseach an Therapy*, 12, 287-294.

Wilson, G.T. (1987), "Chemical aversion conditioning as a treatment for alcoholism: A re-analisy". *Behavior Research and Therapy*, 25, 503-516.

Zimberg, S., Wallace, J. & Blume, S.B. (1978). *Practical approaches to alcoholism psychotherapy.* New York, Plenum.

ANEXO 1

INFORME DE ELECCION DE SESIONES ADICIONALES

Edad:

Sexo:

Edo. Civil:

Ocupación:

Escolaridad:

Expediente:

¿Quién sugirió la opción de tomar más sesiones?

Paciente

Terapeuta

Ambos

¿Por qué?

¿Cuáles son los componentes que utilizará para estas Sesiones Adicionales?

¿Por qué?

ANEXO 2

REPORTE DE LAS SESIONES ADICIONALES

Sesión _____

¿ El paciente siguió su registro diario?

¿ Se hizo revisión de metas?

Especifique qué componentes utilizó durante esta sesión y por qué.

ANEXO 3

REPORTE DEL PROGRAMA REALIZADO POR EL TERAPEUTA

¿ El paciente mostró agrado por las lecturas?

¿ Cree recomendable darle más lecturas parecidas?

¿Usted le ha recomendado otro tipo de lecturas? ¿Cuáles?

¿ El paciente ha referido lecturas parecidas a las del programa o de otro tipo, acerca del alcohol? ¿Cuáles?

¿El paciente le ha manifestado que requiere otro tipo de terapia?

¿Usted le ha recomendado o le recomendaría otro tipo de terapia? ¿Por qué?

¿El paciente ha dado otras alternativas dentro del tratamiento aparte de las especificadas? ¿Cuáles?

*¿Se le ha sugerido al paciente que haga cambios en su estilo de vida?
¿Cuáles?*

¿Los ha realizado? ¿Con qué éxito?

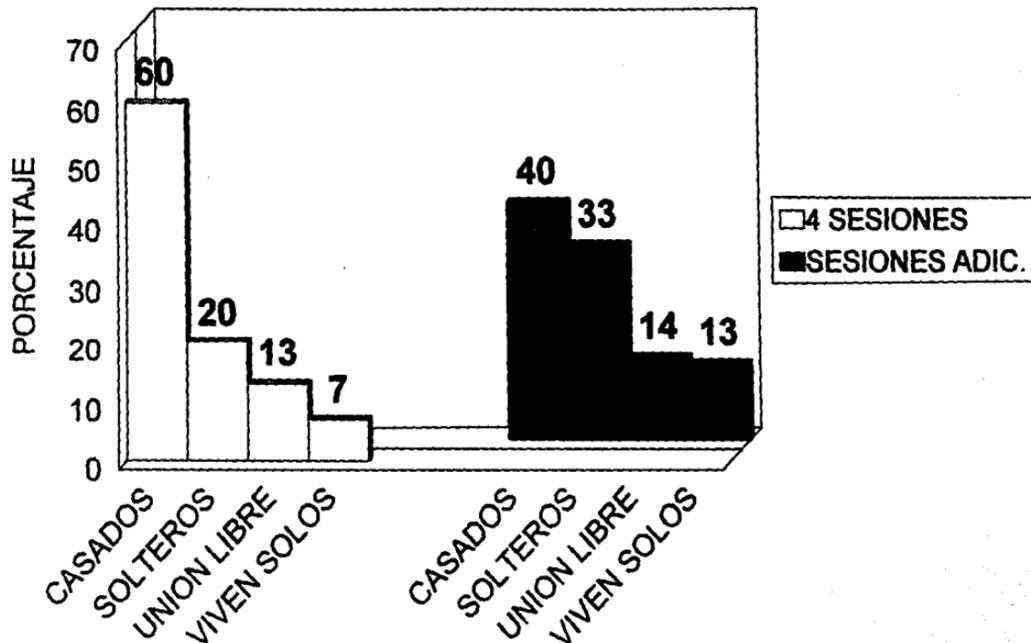
¿ El paciente ha sugerido o realizado cambios en su estilo de vida por iniciativa propia? Menciónelos.

¿Usted le ha sugerido que realice actividades en el momento en que tiene el deseo de beber? ¿Cuáles?

¿ Usted ha notado que existe un factor motivacional del cual depende el éxito del tratamiento? ¿Cuál? ¿Qué porcentaje le daría?

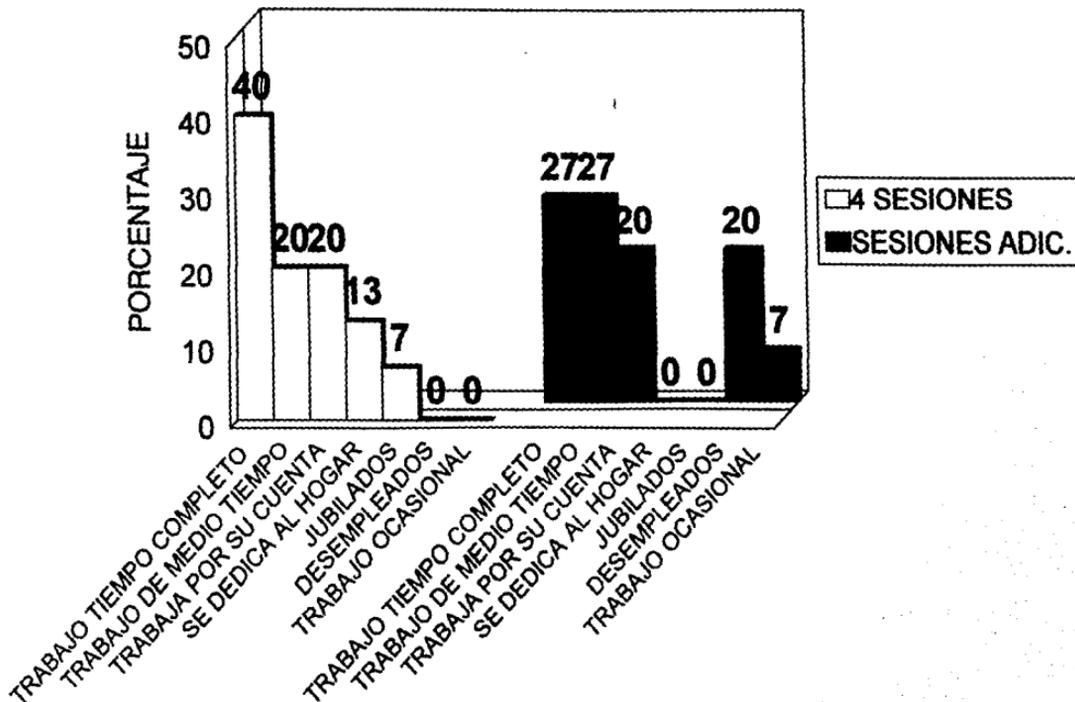
ANEXO 4

ESTADO CIVIL DE LOS USUARIOS EN LOS DOS GRUPOS



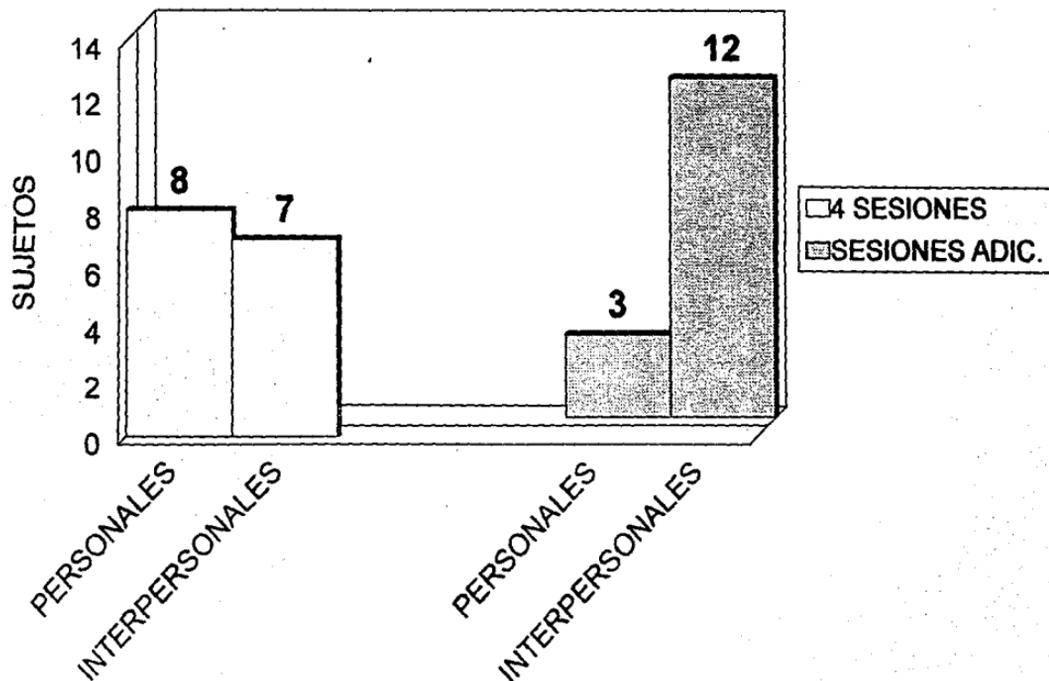
ANEXO 5

SITUACION LABORAL DE LOS USUARIOS EN LOS DOS GRUPOS



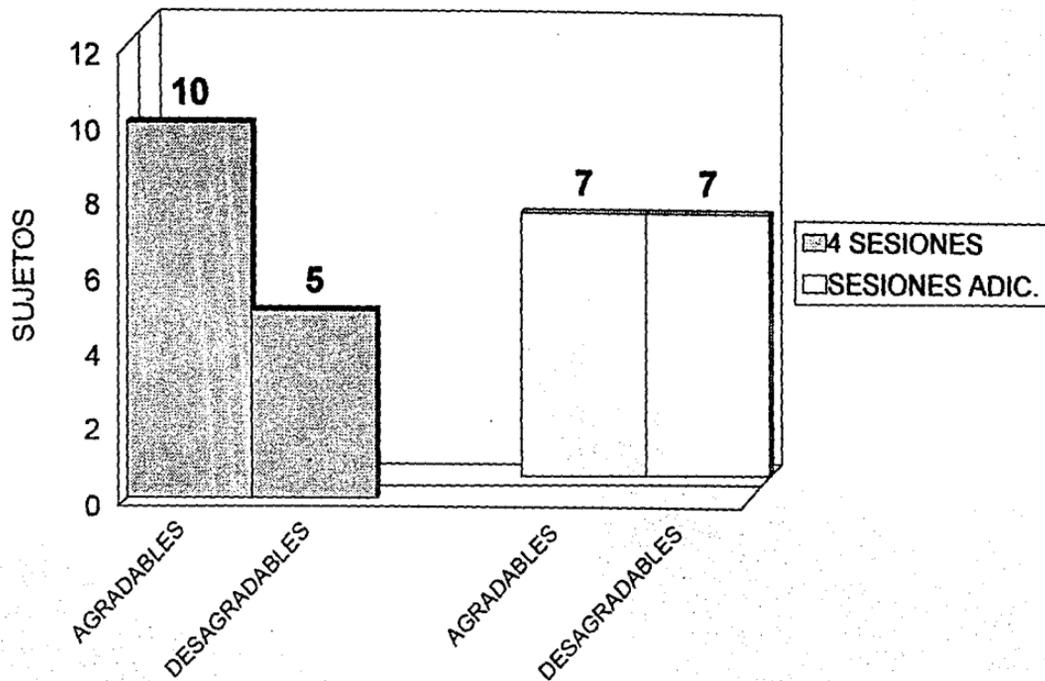
ANEXO 6

COSTOS DEL CONSUMO EXCESIVO

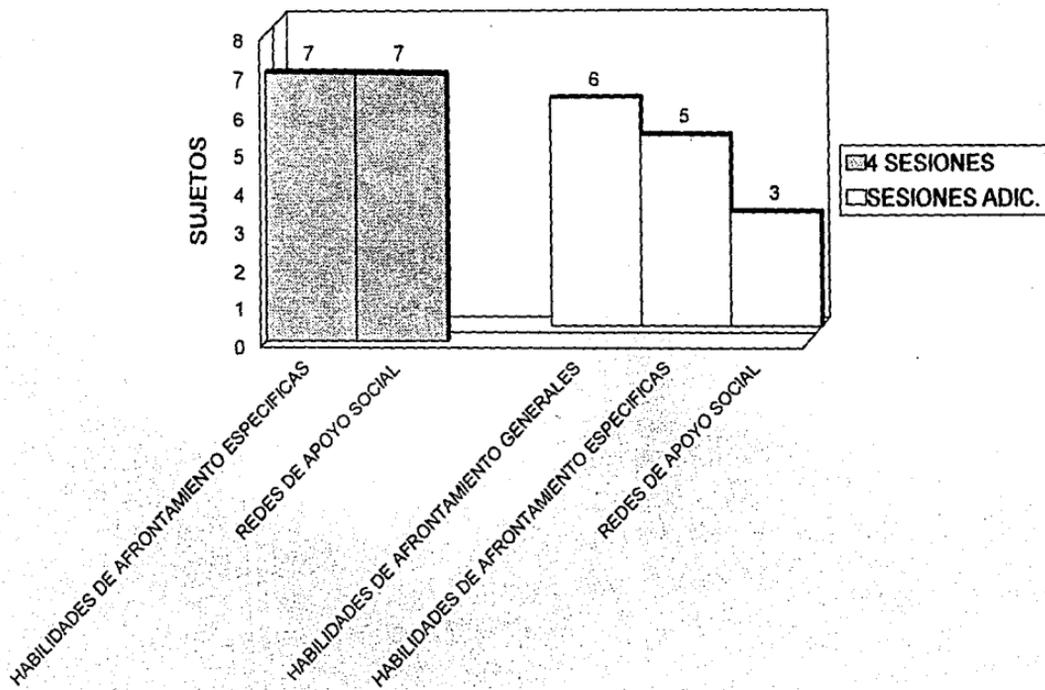


ANEXO 7

SITUACIONES DE RIESGO

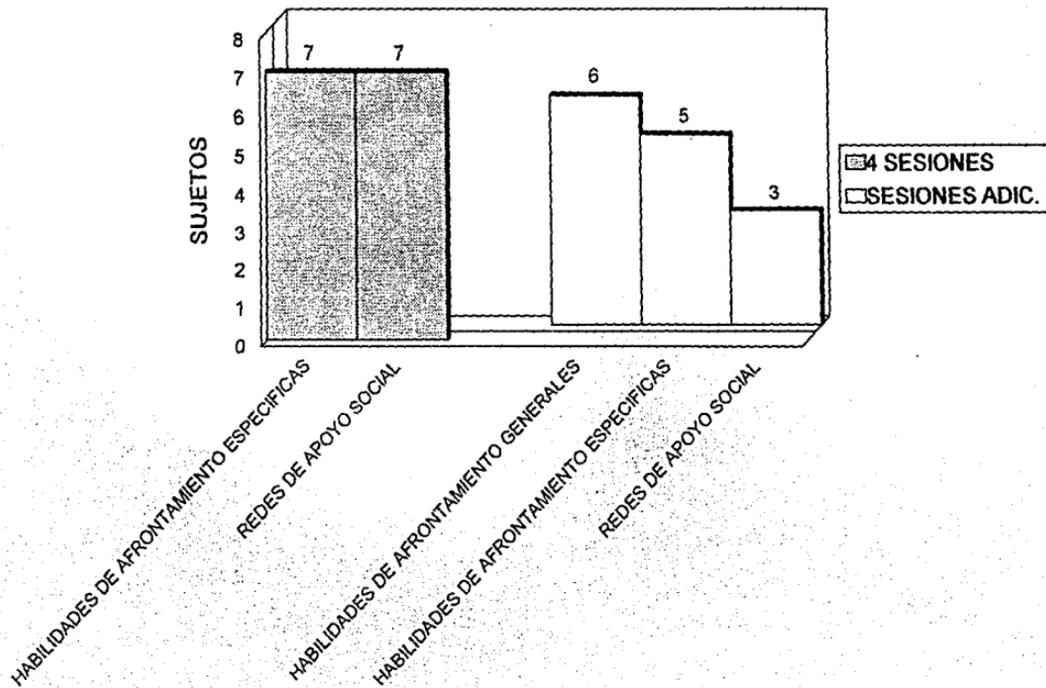


SOLUCIONES PARA EL PROBLEMA



ANEXO 8

SOLUCIONES PARA EL PROBLEMA



ANEXO 9

PRONOSTICO

