

28
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FACTORES QUE DETERMINAN LA DESERCIÓN AL
TRATAMIENTO DE PACIENTES ALCOHOLICOS EN LA
CLINICA DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA
"TLATELOLCO" DEL I.S.S.S.T.E.

T E S I S

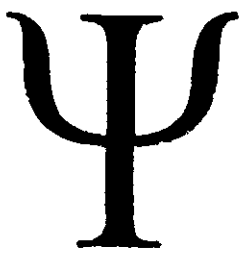
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
CRUZ ZARATE, RUTILIO
LEDESMA TINOCO JORGE

DIRECTOR DE TESIS: MTRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

CIUDAD UNIVERSITARIA

274042

1999



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

JORGE y RUTILIO

A las Licenciadas Leticia Echeverría San Vicente, Marina Menez Díaz, a las Maestras Mariana Gutiérrez Lara, Georgina Martínez Montes de Oca y al Licenciado Horacio Quiroga Anaya, por su valiosísima asesoría para que se llevara a cabo la realización de la presente.

A la clínica de Neurología y Psiquiatría "Tlatelolco" del I.S.S.S.T.E., por las excelentes facilidades otorgadas.

Al Director de la clínica de "Tlatelolco", Dr. Marco Carlos Ibañez Ortiz, así como al doctor M Alberto José de los Santos, por su confianza, entusiasmo y ayuda profesional, para que se llevara a cabo la evaluación de los pacientes.

A los pacientes de la clínica de "Tlatelolco" por su participación en la investigación.

JORGE y RUTILIO

A la Maestra Mariana Gutiérrez Lara, por su gran calidad humana, profesionalismo y su excelente asesoría para la realización de la presente investigación.

JORGE y RUTILIO

Al Licenciado Horacio Quiroga Anaya, por su inigualable asesoría y sus sabios consejos plasmados en la presente investigación.

JORGE

Al Todopoderoso, por ser la causa de todas las causas y el principio de todo principio.

A mis padres

Jorge Ledesma Ortiz y Julia Tinoco de Ledesma, por haberme dado ese bien llamado vida, por sus principios, valores, apoyo infinito y su amor inmenso.

A mis hermanos

Elizabeth, Jaime y Janet, por su comprensión, cariño y apoyo constantes.

A Virginia Muñoz G., por su contagiosa alegría, su apoyo incondicional y su cariño sincero.

A mis cuñados, Eduardo Macías y Martín Hernández, por brindarme su amistad y fraternidad.

A mis mejores amigos

Rutilio, Roberto, Ileana y Raúl por su original sentido del humor, sus consejos y su agradable compañía.

INDICE

	PAG
RESUMEN	
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	1
El alcoholismo en México.....	3
CAPÍTULO 2 DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO.....	6
Etiología del Alcoholismo.....	10
Factores Genéticos.....	10
Factores Bioquímicos.....	11
Factores Sociales.....	12
Factores Psicológicos.....	13
Fases del Alcoholismo.....	16
Patrones del Alcoholismo.....	19
Tipos de Beber.....	20
CAPÍTULO 3. TIPO DE TRATAMIENTO.....	21
Terapias Conductuales.....	21
Terapia Psicoanalítica.....	27
Grupos de Autoayuda.....	29
CAPÍTULO 4. DESERCIÓN AL TRATAMIENTO.....	33
Definición de Deserción.....	34
Motivación.....	35
Factores Demográficos.....	35
Edad.....	36
Género.....	36

Nivel Educativo.....	36
Estado Civil.....	37
Severidad de la Adicción.....	37
Depresión.....	38
Trastorno Antisocial de la Personalidad.....	39
Aislamiento Social.....	39
Conciencia de Enfermedad.....	40
Locus de Control.....	40
Actitud de Rechazo al Tratamiento.....	42
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA.....	45
Planteamiento de Hipótesis.....	45
Definiciones Conceptuales.....	47
Definiciones Operacionales.....	50
Sujetos Tipo de Muestreo.....	52
Materiales.....	52
Procedimiento.....	53
Tipo de Estudio. Tipo de Diseño.....	55
CAPÍTULO 6. RESULTADOS.....	56
DISCUSION.....	80
CONCLUSIONES.....	83
SUGERENCIAS.....	83
LIMITACIONES.....	87
 ANEXO 1	
 ANEXO 2	
 BIBLIOGRAFÍA	

RESUMEN

La presente investigación determinó los factores que influyen la deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos en la clínica Tlatelolco del I.S.S.S.T.E. Inicialmente se exponen los antecedentes históricos del alcoholismo; se presentan las distintas definiciones de alcoholismo a través del tiempo, la etiología, las fases y patrones del alcoholismo, y tipos de beber. El siguiente apartado menciona los distintos tipos de tratamiento existentes. Posteriormente se presenta la revisión documental de los factores que provocan deserción. Finalmente se expone la metodología que se siguió en la investigación; la muestra se compuso de 40 sujetos alcohólicos desertores del tratamiento a los cuales se les realizó una evaluación psicológica una vez que habían abandonado el tratamiento, las pruebas utilizadas fueron: el MMPI 2, en sus escalas de depresión, desviación psicopática, introversión social y rechazo al tratamiento; así también fue usada la escala de motivaciones psicosociales, la escala de locus de control relacionado con el alcoholismo y una entrevista estructurada. Para el análisis de los subgrupos se usó la ji-cuadrada (bondad de ajuste) encontrando que los pacientes desertores del tratamiento: no presentaban motivación ni severidad del alcoholismo, presentaban desviación psicopática significativa, eran casados y consideraron que el burocratismo de la institución fue la principal causa de deserción.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

“El estudio del pasado no es indispensable sino al servicio del presente.”

Chesneaux

Actualmente, el alcoholismo resulta el principal problema de adicciones en México, tomando en cuenta los innumerables problemas que acarrea, tales como: desempleo, ausentismo laboral, baja productividad, desintegración familiar, accidentes de tránsito, delincuencia, suicidios, prostitución etc. (Velasco, F. R. 1995), por ello, abordar el problema requiere conocer los antecedentes del mismo.

Quedó perdida en la obscuridad de la prehistoria la época en que el hombre logró obtener vino del mosto de las uvas cocidas por la fermentación, con lo cual, al ingerirlo obtenía placer, y su uso se hizo frecuente. Lo cierto, es que el alcohol sólo podía ser obtenido por medio de los fermentados, de ello se tiene evidencia, gracias a que se han encontrado hojas y semillas petrificadas de la vid en terrenos y cuevas pertenecientes a la época Geológica Terciaria (Molina y Sánchez, 1985). Los estudios paleontológicos realizados, señalan el consumo de alcohol desde dicha época.

Gracias al empleo de la escritura, se tiene referencia del uso de alcohol en Asia menor por el año 6400 a.C., en Egipto para el año 4500 a.C., se lograban fermentaciones de alto contenido alcohólico, aunque, se tenía conocimiento del alcohol desde hacía 500 años antes. De igual forma, se daba el consumo de cerveza en Babilonia y Sumeria en los años 2800 y 3500 a.C., respectivamente. Sin duda, el sedentarismo promovía la agricultura y ello propició que cada vez se desarrollaran y aprovecharan más los cultivos entre los cuales se encontraban los destinados a las bebidas alcohólicas (ibidem).

Si bien el cultivo y consumo del vino se dio en las civilizaciones antiguas, el fin era principalmente de índole religiosa, ya que la mayoría de las civilizaciones lo concebían como un regalo de los dioses. Entre las principales civilizaciones tenemos a los egipcios, quienes atribuyeron el vino, en su mitología a Osiris (deidad del bien y juez de las almas), también se le atribuye la enseñanza del cultivo de las tierras del Nilo; los griegos lo

recibieron de Dionisio (hijo de Zeus y de la mortal Sêmele), quien gozó de gran popularidad en Grecia y la atribución del patronazgo del vino, la música y la poesía. Según el mito, era el dios sufriente que moría y resucitaba transfigurado. En torno a él se desarrollaron cultos misteriosos y ritos orgiásticos. Sin embargo, Dionisio y el vino fueron tomados con cautela y las penas empezaron a resultar determinantes, a partir de entonces, se promulgaron legislaciones, prohibiendo el consumo de alcohol, tales como las que se dieron en China durante la dinastía Shang-Ying de 1766 a 1123 a. C., cuando se promulgaron varios decretos en los que se prohibía el consumo exagerado de alcohol, aunque por otro lado se sabe, que en la dinastía Chau, el vino revestía un carácter ritual y su papel se enfatizaba en el libro de las sanciones, así también se menciona en el “Rigueda” (libro sagrado que data del año 1500 a.C. el cual era usado en ritos religiosos) (ibídem).

Existen antecedentes en la Biblia, donde se realzan las virtudes del alcohol, tales como: “No prosigas en beber agua sola, sino usa un poco de vino por causa de tu estómago y de tus frecuentes enfermedades”.¹ Como se puede observar, si bien se le atribuyen propiedades medicinales al vino, también se exhorta a su limitación, ya que de ninguna forma se le recomendaba para el ánimo.

El mayor desarrollo de la viticultura se debe a la propagación que tuvo el cristianismo en el curso de la Edad Media, sobre todo si se toma en cuenta que la celebración de la misa requería el uso de vino. En cada uno de los monasterios, cuya característica común fue su construcción en el campo, “lejos del mundanal ruido”, se destinó un terreno que sólo se utilizaba para el cultivo de la vid, y que posteriormente se extendió desde las costas mediterráneas y los valles meridionales en que se hallaba confinada, hasta alcanzar las islas británicas. Durante la Edad Media, también era frecuente la combinación de la dulzura de la miel y el olor de las especias para la elaboración de vino tinto, lo cual permitía a los trovadores recitar y entonar los más hermosos poemas (Castro, R. 1988).

Con el transcurso del tiempo mejoraron las técnicas de fermentación y destilación, creando bebidas de diversa calidad, tales como: el Champaña, Hermitage, Madeira, Oporto, Coñac, bebidas cada vez más refinadas y así mismo cada vez más consumidas. De tal manera, el continente europeo incrementó considerablemente su consumo de alcohol, sin saber que existía otro continente en el cual también se conocía y utilizaba éste: el continente americano.

¹ Epístola primera del apóstol San Pablo a Timoteo. 5, 23 (Sagrada Biblia).

EL ALCOHOLISMO EN MÉXICO

En el México prehispánico, el alcohol se usaba principalmente en fiestas y ritos religiosos. El tipo de bebida que usaban era el "Metl" (pulque). Las razones de por qué no se daba el consumo exagerado, son dadas por el emperador azteca que decía: "Esta es la bebida que se llama Octli, que es la raíz y principio de todo mal y de toda perdición". Por ello, la motivación para beber alcohol era principalmente de tipo ritual y estaba limitada a determinadas fechas y conmemoraciones, fuera de las cuales se prohibía su uso. Al respecto Torquemada² refiere lo siguiente: los señores y las autoridades daban licencia de tomar vino sólo a los ancianos de 50 años en adelante, diciendo que en aquella edad la sangre se iba resfriando y el vino era el remedio para calentar y dormir, y estos bebían dos o tres tazuelas con lo cual no se embriagaban (Guerra, A. 1977).

De las pinturas del códice medocino, se deduce que los aztecas derribaban las casas de quienes violaban la prohibición de beber y si se excedían, eran indignos de contarse entre los vecinos; además, les privaban de los puestos públicos que tenían y condenaban a muerte tanto al mancebo Calmécac, como al sacerdote o jóvenes que se embriagaban (Molina y Sánchez, Op. cit.). En otros pueblos autóctonos, las leyes en contra del alcoholismo eran muy similares, si no idénticas a las de los aztecas.

No es sino hasta la llegada de los españoles cuando se incrementa el consumo de alcohol, y de hecho, el alcoholismo en Tenochtitlan surge hasta la llegada de éstos, quienes al salir de España durante su expedición, que dio como resultado el descubrimiento de América, portaban entre sus viveres una gran cantidad de licores, los cuales formaban parte de su dieta como era costumbre entre los pueblos mediterráneos. Tres años después de la conquista de Tenochtitlan, se dispuso que todo encomendero que tuviera repartimiento sembrara mil sarmientos por cada 100 indios, y al parecer fueron los españoles los que introdujeron la vid en la península sobre las cepas silvestres (ibídem).

El impulso hispánico de la vid en América Latina no debilitó la producción y consumo de las bebidas alcohólicas nativas, tales como "la china" producto de la fermentación del maíz y el "pulco" producto de la fermentación del trigo y la cebada, tanto la una como la otra, causaron grandes problemas a la población indígena. A través del tiempo las pulquerías se volvieron el lugar más concurrido de los oprimidos por los españoles. Con la independencia de México se inicia la proliferación del pulque para toda la república y para 1850, las familias dedicadas a la producción del pulque empiezan a desplazar a las familias mineras y a convertirse en la clase aristócrata de México. (Askinasy, A., 1939).

² Antonio de Torquemada, escritor español del segundo tercio del siglo XVI, notable crítico social de su época.

Con el avance de la tecnología y el desarrollo de los medios masivos de comunicación, la ingesta de alcohol se incrementó considerablemente. La publicidad desencadenó una ola de mensajes dirigidos a la población principalmente joven, la cual aún se encuentra en la búsqueda de una identidad propia que le incita a valorarse positivamente, y el alcohol, a través de sus efectos, presenta a los jóvenes esta realización con el consumo de la bebida. Los estereotipos publicitarios enmarcan una situación idealizada, ante lo cual, los jóvenes al identificarse con el estereotipo, creen que adquieren un status, lo cual los incita a un incremento en el consumo de alcohol

El alcoholismo ha llegado a ser considerado el principal problema de adicciones en lo que a salud se refiere, sobre todo si tomamos en cuenta que, junto con el tabaquismo, se encuentra entre los dos problemas más importantes de adicciones en México basados en sus repercusiones sobre la salud de los consumidores, sobre la economía y la sociedad de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (E.N.A., 93). Ésta se señala que dos terceras partes de los individuos de entre 12 y 65 años de edad, sólo en la población urbana, consumieron alcohol durante los últimos dos años, siendo tres cuartas partes de ellos (77 por ciento) hombres. Respecto a los bebedores entre 12 y 18 años la prevalencia fue del 53.7% de adolescentes que han consumido bebidas embriagantes. Desde luego aquí no se contempla a la población rural, tampoco a los consumidores callejeros, por lo cual, podemos suponer que esta cifra resulta mucho más alta.

Una cuarta parte de los bebedores, es decir, aproximadamente 28 millones, consumen alcohol de una a tres veces por mes aproximadamente, una quinta parte lo hace de una a cuatro veces por semana y cerca del 3 por ciento, de cinco a siete veces por semana. Además de los índices de mortalidad, los cuales indican que, entre las diez primeras causas de muerte se encuentran, los accidentes, la cirrosis hepática, los homicidios y las lesiones. Todas ellas relacionadas con el consumo de alcohol, así también, el consumo de alcohol se encuentra indirectamente relacionado con problemas, tales como: la diabetes mellitus, problemas cardiovasculares, maltrato infantil, síndrome del feto alcohólico. En cuanto a los reportes de uso de alcohol por estudiantes, la E.N.A. (1993), reportó que, cerca del 60% de los estudiantes manifestaron haber ingerido alcohol, aunque sólo entre un 3 y 5 % mencionaron haberse embriagado, por lo menos una vez a la semana, los índices más altos se encontraron en los estados fronterizos³.

En el Distrito Federal, el 8.8 por ciento de los estudiantes, reportó beber cinco o más copas en una sola ocasión, una o más veces al mes. La prevalencia de alcohol en la población estudiantil resulta elevada, sobre todo si tomamos en cuenta que más del 90 por ciento de los alumnos consultados eran menores de 18 años, es decir, no contaban con la edad mínima legalmente permitida para adquirir bebidas alcohólicas. Cabe destacar que el 23 por ciento de los bebedores llegó a la embriaguez, es decir, cerca de 6 millones de individuos. De éstos, el 7 por ciento (350 mil) eran adolescentes, entre quienes prevaleció la población masculina con una razón de 7 hombres por cada mujer. Respecto a la

³ Para definir el concepto de embriaguez, se identificó sólo a la población que refirió consumo de 5 copas o más por ocasión, y manifestó haber llegado al estado de ebriedad (E. N. A., 1993).

dependencia de alcohol, la prevalencia nacional fue del 9 por ciento; es decir, cerca de 3 millones de individuos, los cuales en su mayoría fueron varones (op. cit).

Actualmente en México la entrada de casinos parece evidente, lo cual provocaría un nuevo incremento en el consumo de bebidas alcohólicas, pero no sólo eso, sino que también, de prostitución, delincuencia, narcotráfico, ante lo cual, se presenta un círculo vicioso en el que las personas que no bebían, empiezan a hacerlo. El alcohol ha venido acompañando en su historia a los pueblos del mundo, y así mismo en el desarrollo de la tecnología, lo cual ha impedido que el ser humano logre un dominio sobre el mismo, ya que si bien, desde el principio de la historia se le han atribuido propiedades divinas, a la larga el uso de alcohol ha resultado ser un mal social, que no ha sido controlado óptimamente.

CAPÍTULO 2

DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO

Tomando en cuenta la importancia que tiene el alcoholismo en materia de salud, y por la gran cantidad de problemas que acarrea, resulta conveniente establecer una definición que permita abarcar el problema en sus distintos elementos, y a partir de la cual sea posible orientar la investigación, por ello, se muestran las principales definiciones sobre alcoholismo, sus modificaciones a través del tiempo y los inconvenientes que pueden llegar a presentar. Finalmente se presenta una definición, a partir de la cual se basa la presente investigación.

Existen infinidad de definiciones sobre alcoholismo, antiguamente se pensaba que era un embrujo, posesión diabólica, o bien, se calificaba como vicioso a aquél que era bebedor de la sustancia. Sin embargo, se observó que el alcoholismo representaba algo más que una simple compulsión a beber, y que tenía diversos elementos que llevan a un cuadro clínico específico. Fue hasta este siglo, cuando el investigador estadounidense E. M. Jellinek estableció el término de alcoholismo como una “enfermedad”, al respecto menciona:

“Los alcohólicos son aquellas personas que beben en exceso y que dependen del alcohol al grado de provocar un trastorno mental evidente o de interferir con su salud física o mental, sus relaciones interpersonales y su buena conducta social y económica, y que por ello requieren un tratamiento” (Jellinek, 1960).

La definición anterior, proporcionó elementos importantes al problema del alcoholismo, tales como: La necesidad de un tratamiento, lo cual, sugiere que la persona alcohólica muestra incapacidad para dejar de beber por sí misma, es decir, sin ayuda profesional. Sin embargo, se presenta un componente que no se define claramente, y es el relacionado con “ el beber excesivo”, ya que, difícilmente se puede establecer, qué es excesivo, para quién, en qué momento y bajo qué circunstancias. No obstante la definición de Jellinek, marcó un precedente en la comprensión del alcoholismo.

Con el transcurrir del tiempo se han presentado cambios en la definición de alcoholismo de Jellinek, los cuales han sido presentados por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) principalmente, y por otras asociaciones, tales como la Asociación Médica Americana (A.M.A.). Por supuesto el enfoque que presentan es principalmente médico, no obstante el aspecto psicológico no deja de ser importante, y por ello, en la presente investigación se presenta finalmente una definición que contempla aspectos psicológicos

importantes en la conceptualización del alcoholismo y bajo los cuales se puede visualizar el problema en una forma más comprensiva.

A continuación se proporcionan algunas de las definiciones de alcoholismo que se han aceptado en su momento, y que se han venido modificando a través del tiempo.

DEFINICIÓN O.M.S. (1951)

“El alcoholismo es toda forma de consumo de alcohol que excede el consumo alimentario tradicional de acuerdo con los hábitos sociales propios de la comunidad considerada, cualquiera que sean los factores etiológicos responsables y cualquiera que sea el origen de sus factores como la herencia, constitución física, factores psicopatológicos y metabólicos adquiridos” (Castro Ramírez, 1988).

En la anterior definición de la O.M.S. de 1951, así como en las subsecuentes de 1952, y de 1971, se menciona el alcoholismo a través de un parámetro específico que es: “el exceder el consumo alimenticio tradicional propio del lugar de que se trate”. Continuamos con el problema de no poder definir qué es “exceso”, es decir, se puede considerar que alguien que bebió una copa más de lo acostumbrado en sus alimentos es alcohólico, o bien aquel que se “sobrealimentó” con alcohol también es alcohólico ya que sobrepasó el consumo calórico necesario para su organismo. Así también hablar de consumo exagerado de acuerdo a la comunidad, determina que una persona que bebe 3 copas en un lugar donde no se acostumbra beber es un alcohólico o bien otra persona que se embriaga en un lugar donde la mayoría lo hace no es alcohólico ya que es propio de su comunidad.

DEFINICIÓN O.M.S. (1952)

“Los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia de alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y económico, o bien que ya presentan los prodromos de tales manifestaciones” (Castro Ramírez, 1988).

DEFINICIÓN O.M.S. (1971)

“Los sujetos alcohólicos son aquellos bebedores excesivos cuya dependencia de alcohol ha alcanzado tal grado que produce un disturbio psíquico o la interferencia con su salud física o mental” (Castro Ramírez, 1988).

DEFINICIÓN O.M.S. (1977)

“Es unánime que la enfermedad llamada alcoholismo es una dependencia patológica del alcohol por la cual se acuña el término de SÍNDROME DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA” (Edwards, 1986).

SÍNDROME DE DEPENDENCIA ALCOHÓLICA (1977)

“El síndrome de dependencia alcohólica es un estado psíquico y en ocasiones físico que resulta en la ingestión del alcohol, que se caracteriza por respuestas conductuales y de otro tipo que siempre incluyen compulsión hacia el alcohol en forma periódica o continua con el objeto de experimentar sus efectos psicológicos y en ocasiones para evitar los síntomas que originan su ausencia, pudiéndose o no presentar el fenómeno de tolerancia” (Castro Ramírez, 1988).

La definición anterior añade el término “enfermedad” y menciona un síndrome, el cual se compone de signos y síntomas específicos. Este cambio en la definición presenta al alcoholismo como: una serie de síntomas específicos.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

“Es una enfermedad caracterizada por la preocupación constante por el alcohol y la pérdida de control sobre su consumo, lo que habitualmente conduce a la intoxicación en cuanto se empieza a beber por su cronicidad, su progresión y su tendencia a reincidir, se asocia típicamente con impedimento físico y deterioro emocional y/o desajustes sociales, como consecuencia directa del uso excesivo y persistente del alcohol ” (Guerra Guerra, 1977).

SEMINARIO LATINOAMERICANO DE ALCOHOLISMO

El Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo, en un intento por integrar los factores fisiológicos, psicológicos y sociales del etilismo, dio la siguiente definición:

“El alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia psicológica y física al alcohol, expresado a través de dos características

fundamentales: 1).- La incapacidad de detener la ingestión de alcohol, una vez iniciada, y 2).- La incapacidad de abstenerse de beber” (Pérez E., 1995).

Por otra parte, tenemos la definición de Caso, F (1985), quien señala que:

“El alcoholismo es un estado psicológico en el cual la persona consume alcohol, en tal cantidad, que va en decremento o daño de su salud o sus funciones sociales y cuando la ingestión del alcohol constituye un requisito indispensable para que la persona tenga un funcionamiento socio-ocupacional normal” (ibidem, p.411).

Podemos observar como en éstas últimas definiciones se destaca el aspecto psicológico, el cual, juega un papel importante en el alcoholismo, sin embargo no debe descartarse el aspecto fisiológico, ni el social, ya que sabemos que existe una interrelación entre los distintos componentes.

En el siguiente apartado se describirán algunos de los principales factores, tanto fisiológicos como psicológicos, que se sabe se relacionan con la etiología del alcoholismo

ETIOLOGÍA DEL ALCOHOLISMO

Entre los diez primeros problemas de salud mental se encuentra en segundo lugar el alcoholismo (Díaz Martínez, 1994), de allí la importancia de establecer aquellos factores predisponentes al mismo, ya que si bien se establece un patrón habitual común entre los bebedores, es un hecho que la función de la conducta es multifactorial. Antiguamente se consideraba que el alcoholismo era producto únicamente de factores de la personalidad o de anomalías innatas de carácter bioquímico, en la actualidad se sabe que existe una interrelación entre los factores, que si bien, existen factores genéticos que predisponen al alcoholismo, la conducta de beber en sí misma no es sino producto del aprendizaje del sujeto, y éste en un momento determinado no llegará a ser alcohólico, si no lleva acabo las conductas necesarias para serlo. A pesar de no ser un fenómeno unitario el alcoholismo, es posible señalar aquellos factores que pueden favorecer el alcoholismo, sin que ello sea condición de serlo.

Es importante señalar la interrelación que deberá darse entre los factores para poder llegar a presentar alcoholismo, ya que uno sólo de ellos, difícilmente logrará llegar a él.

1.- FACTORES DE CARÁCTER GENÉTICO

2.- FACTORES BIOQUÍMICOS

3.- DE CARÁCTER SOCIAL

4.- FACTORES PSICOLÓGICOS

1.- FACTORES GENÉTICOS

Es necesario aclarar que el alcoholismo, como tal no es hereditario, ya que si bien existen enzimas sensibles al alcohol y que pueden crear una rápida adaptación del organismo a la sustancia, el alcoholismo con sus patrones de consumo, su evolución y prevalencia no puede ser heredado, ya que dependerá de las conductas que lleve a cabo el sujeto. La necesidad del establecimiento del factor genético, tiene que ver con la relación que se presenta entre alcohol y organismo, el cual comprende:

Por influencia ambiental ejercida sobre el individuo que presenta una predisposición genética al alcoholismo (Molina y Sánchez, 1985)

Si bien, este factor es importante, no resulta determinante en el consumo de alcohol, se tendría que presentar aunado con otros factores para que resultara efectivo.

II.- FACTORES BIOQUÍMICOS

Entre los factores bioquímicos se postula una anomalía en la enzimas hepáticas que alteran el metabolismo y la degradación del alcohol, como la alcoholdehidrogenasa: o bien una alteración de las sustancias neurotransmisoras (ibidem). Entre los factores bioquímicos, sobresalen dos teorías:

TEORÍA DE LA ALERGIA

Esta teoría postula la presencia de un factor humoral específico que sensibiliza para favorecer la ingestión excesiva de alcohol (ibidem).

Esta teoría resulta vieja y abandonada, ya que en realidad los estados alérgicos pueden ocurrir a partir de cualquiera de las sustancias que se encuentran en las bebidas alcohólicas, incluido, por supuesto el etanol. Sin embargo tales reacciones no son responsables del origen del alcoholismo, ya que la conducta de beber no tiene relación con los signos y síntomas de las alergias.

TEORÍA GENOTÓFICA

Esta teoría tiene aún cierta influencia, tal vez porque abre ciertas posibilidades terapéuticas. La teoría sugiere que los alcohólicos sufren un defecto bioquímico en la producción de las enzimas necesarias para metabolizar ciertos materiales alimentarios. La deficiencia nutricional que resulta provoca una especie de "apetencia fisiológica" por el alcohol de tal manera que la primera ingestión desencadena un deseo incontenible cuyo asiento fisiológico es probablemente una disfunción hipotalámica (ibidem).

En realidad esta teoría no ha podido ser comprobada, ni como explicación etiológica, ni como tratamiento del alcoholismo, ya que, la mayoría de las deficiencias hormonales y nutricionales que se observan en los alcohólicos se explican mejor como consecuencias y no como causas del alcoholismo.

Por lo tanto, podemos decir, que es difícil señalar a los factores bioquímicos como explicación de la etiología del alcoholismo.

III.- FACTORES SOCIALES

El hombre se integra en sociedad, la sociedad conforma normas y valores, los cuales rigen la conducta que asumirán los miembros de la misma. No siempre resulta la más adecuada la norma que la sociedad ha aceptado ya que ésta puede tener consecuencias negativas.

El doctor R. Bales (1946) menciona 3 formas en las que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo:

1).- El grado en que una cultura opera para producir necesidades de adaptación a sus tensiones internas.

2).- Las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo de alcohol, es decir, qué actitud toman hacia el alcohol, alcoholismo etc.

3).- La medida en que provee medios substitutivos para la satisfacción de necesidades, tales como el consumo de alcohol. Esta actitud utilitaria es la que se considera más importante en el plano de la patogenia del alcoholismo.

El alcoholismo como problema social se verá aumentado o disminuido de acuerdo a las características o patrones normativos que rigen a la sociedad. Una sociedad con un menor número de alcohólicos va a poseer las siguientes características:

- a).- Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre de un grupo familiar unido, en muy poca cantidad y muy diluido.
- b).- Generalmente las bebidas más consumidas son de poco contenido de componentes alcohólicos.
- c).- Las bebidas son consideradas alimentos y se consumen en la hora de la comida.
- d).- Los padres son ejemplo de beber con moderación.
- e).- No se da a las bebidas ningún valor subjetivo, es decir, no da virilidad, ni vergüenza de abstenerse.
- f).- La abstinencia es una actitud socialmente aceptada.
- g).- No es aceptado socialmente el exceso
- h).- Hay un acuerdo en las reglas del beber.

Por otra parte, tenemos las actitudes que puede asumir determinada sociedad hacia el consumo de alcohol (Velasco, 1980)

- a).- Abstinencia
- b).- Uso ritual de ceremonias religiosas
- c).- Uso social en situaciones colectivas
- d).- Uso utilitario en el cual la razón para beber es individual

Dentro de los factores sociales también encontramos una teoría que intenta dar explicación al alcoholismo, la teoría subcultural (ibidem).

TEORÍA SUBCULTURAL

Esta teoría enmarca a aquéllos individuos que se sienten alienados de su propia sociedad, de la cual no aceptan ni asimilan sus valores éticos. El estado psicológico que ha recibido el nombre de “anomia”, facilita la compulsión a ingerir bebidas alcohólicas y en general a usar drogas que causan dependencia.

IV.- FACTORES PSICOLÓGICOS

En la etiología del alcoholismo, resulta de suma importancia el factor psicológico. Ya que si bien, no dejan de ser importantes los factores genéticos, bioquímicos y sociales, no lo serían, de no estar unido el factor psicológico en interacción con los mismos. Entre los factores psicológicos se encuentran principalmente dos enfoques que explican la etiología del alcoholismo: psicodinámico y conductual.

a).- PSICODINÁMICO

Se postula que el impulso básico hacia el consumo excesivo de alcohol es la homosexualidad latente, Knight (1940), (citado en Gamboa Magaña, 1978) encontró que, en los alcohólicos, existían constelaciones familiares difíciles, y que habían quedado frustraciones orales específicas en la infancia. Estas frustraciones originan fijaciones orales específicas. Knight establece que, “Estas frustraciones dan origen a fijaciones orales con

todas las consecuencias que dichas frustraciones tienen para la estructura de la personalidad. En los varones, éstas frustraciones dan lugar a que el niño se aparte de la madre frustradora para acercarse al padre, con lo cual se presentan tendencias homosexuales más o menos reprimidas". Los impulsos inconscientes en los alcohólicos son, por su carácter, no solamente orales sino también homosexuales. Es más probable que los homosexuales latentes, seducidos por frustraciones sociales sean particularmente afectos al alcohol y no que éste, por sus efectos tóxicos, sea el que conduce a la homosexualidad.

Así mismo, Knight (op. cit.) sostiene que los alcohólicos no toleran la tensión, por ello tienen poca tolerancia al dolor, a la frustración y a la demora de satisfacción; entonces toman para aliviar la frustración oral que es consecuencia de todos estos conflictos. Esta teoría, además supone la existencia de relaciones difíciles, que van a generar frustraciones orales específicas que a su vez, dan lugar a las fijaciones correspondientes.

Desde el punto de vista psicodinámico, las características más comunes de la personalidad alcohólica son las siguientes:

Se trata de personas neuróticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, tendientes al aislamiento, dependientes y con poca tolerancia a la frustración. Tienen sentimientos de perversidad e indignidad; también suele decirse que son sujetos que sufrieron en la infancia la privación emocional y las consecuencias de problemas familiares en sus hogares; presentan debilidad yoica, impulsividad, pasividad, ilusión de omnipotencia, son ansiosos, deprimidos, histéricos, hipocondríacos, ambivalentes. En el caso de los hombres sufren ansiedad de castración y culpas neuróticas, además de manifestar rasgos esquizoides, hostilidad e inmadurez psicosexual (Gamboa Magaña, 1978).

"El alcohólico es un sujeto pasivo dependiente de carácter oral, por lo tanto, el alcoholismo sería la no superación de una etapa del desarrollo psicosexual" (ibídem).

El beber y el consumo excesivo de bebidas tendrá diferentes significados en diferentes pacientes, y con frecuencia tendrá significados múltiples en cualquier paciente. La teoría psicoanalítica presenta las siguientes situaciones como causales del alcoholismo (Edwards, 1986).

1.- El beber puede indicar que el paciente se identifica con un padre que bebía en exceso o con otra figura clave en la infancia. El paciente está destinado, por así decirlo, a vivir la vida de otra persona y no la suya. También otras personas de su ambiente actual representan los papeles de la historia de su infancia; por ejemplo, la esposa desempeña exactamente el mismo papel que el paciente, que vio a su madre desempeñar en relación con su padre alcohólico. No es necesario que el padre haya sido alcohólico para que se pongan en movilización estos procesos de identificación y proyección, pero esa experiencia prematura y sumamente traumática del niño en una familia de alcohólicos, con los muchos conflictos no disipados de amor, odio, ira y piedad, probablemente harán que el paciente

continúe definiendo sus relaciones conforme a la trama que con desesperación desea terminar.

2.- Es posible que el paciente busque la derrota, el castigo o incluso la destrucción mediante la bebida pues considera que él mismo (su padre) merece esa suerte. Es posible que pretenda hacer daño a otros, creyendo que en cierto modo, su madre destruyó a su padre y que ella (y ahora su propia esposa) de alguna manera son enemigos temidos. Es posible que beba para darse poder, porque su padre era poderoso sólo cuando estaba ebrio. Sin embargo, el alcoholismo también puede indicar directamente la existencia de conflictos interpersonales de dependencia: el paciente quiere ser poderoso e independiente, pero también quiere ser un niño dependiente que está enfermo, hace travesuras y lo perdonan una y otra vez.

3.- Aparentemente, en ocasiones el paciente consume alcohol como una forma de entrar en un dichoso mundo de ilusiones en donde puede fantasear y cumplir sus deseos. El mundo real es demasiado difícil. Aprecia el alcohol por su efecto farmacológico y llega a simbolizarlo como algo que es todo cordialidad, maternal y parecido a la leche. Por tanto, la bebida es una señal de la dificultad general del paciente para mantenerse en el mundo real de los adultos.

b).- ENFOQUE CONDUCTUAL

Otro enfoque que concierne sobre los factores psicológicos es el conductual, el cual plantea la premisa de que el sujeto “aprende” a beber, bebe excesivamente y permanece en el alcoholismo, porque el alcohol sirve a un propósito útil; en otras palabras su conducta de bebedor lo recompensa y se refuerza continuamente, el premio puede estar constituido por los cambios psicológicos placenteros a que induce el alcohol, la supresión del estrés o la posibilidad de evidenciar experiencias distintas y agradables (Edwards, 1986).

Hamburg (1975), menciona que la conducta aprendida del beber es el resultado de la necesidad que tienen los jóvenes de copiar el modelo de comportamiento adulto, y que los factores reforzantes varían en cada caso, como es:

- a).-Aprobación del grupo
- b).-Facilitación de la interacción social
- c).- Relajación ante las penalidades cotidianas y la posibilidad de sentirse independiente y seguro de sí mismo.

Desde el punto de vista psicológico se mencionan 3 aspectos de susceptibilidad al alcoholismo de acuerdo con Velasco, (1980):

- 1).- Los alcohólicos responden a las bebidas etílicas en cierta forma que les permite experimentar intenso alivio y relajación.
- 2).- Poseen ciertas características de la personalidad que les impide enfrentar con éxito los estados depresivos, la ansiedad y la frustración.
- 3).- Pertenecen a culturas en las que se provoca culpabilidad y confusión en torno a la conducta del bebedor.

Jellinek (1960), como uno de los más destacados investigadores del alcoholismo, se ocupó de establecer las distintas fases por las que atraviesa el mismo, desde su inicio (Pre-alcohólica), hasta su consecución (crónica).

FASES DEL ALCOHOLISMO (JELLINEK)

FASE PRE-ALCOHÓLICA

Se presenta dependencia psicológica, dificultad en los pensamientos, disminución de inhibiciones y surgimiento de emociones reprimidas, todo ello es un estado contradictorio con la realidad. El bebedor, ya sobrio, frecuentemente olvida su intermedio de embriaguez y por ello se distingue de los individuos normales y de los bebedores sociales que sí lo recuerdan. (Rodríguez, 1990).

Es posible resumir la fase pre-alcohólica en los puntos siguientes:

- 1).-El alcohol se usa como alivio de las tensiones.
- 2).-Aumento de la tolerancia al alcohol.

FASE PRODRÓMICA O PRECURSORA

También conocida como “malestar que precede a una enfermedad”. El bebedor, por lo común, bebe en compañía de otros, aunque puede también hacerlo solo, busca compulsivamente los efectos del alcohol y la anestesia psíquica que éste le proporciona, tomándolo de botellas y frascos ocultos. Se presenta amnesia alcohólica, piensa

continuamente en el alcohol, acumula reservas, bebe ávidamente el primer trago, existen sentimientos de culpa por la manera de beber, habla de alcohol en las conversaciones, reacciona de manera violenta ante la palabra alcohol y tiene crecientes dificultades para llevar a buen fin su conducta. (Rodríguez, 1990).

Se pueden destacar los siguientes aspectos de la fase prodrómica o precursora:

- a).- Malestar que precede a la enfermedad
- b).- Bebe a escondidas
- c).- Amnesia alcohólica
- d).- Piensa continuamente en el alcohol
- e).- Acumula reservas
- f).- Bebe ávidamente el primer trago
- g).- Sentimientos de culpa por la manera de beber
- h).- Se evita hablar del alcohol en las conversaciones
- i).- Reacciona violentamente a la palabra estímulo (alcohol) y tiene crecientes dificultades para llevar a buen fin su conducta.

FASE CRÍTICA O CRUCIAL

Se caracteriza porque generalmente la persona bebe sola, busca inexorablemente el entorpecimiento causado por la embriaguez. No puede limitar su ingestión alcohólica y siempre bebe más de lo planeado. Sufre dependencia psicológica y física en forma de crudas (dolores de cabeza, diarreas, vómitos, sed) y necesita más alcohol para eliminar esos síntomas. Racionaliza el consumo, trata de neutralizar las presiones sociales, manifiesta un comportamiento grandioso y fanfarrón, se aleja de los amigos, intenta cambiar sus hábitos de bebida, renuncia a empleos, la bebida se vuelve el centro de las actividades, sufre de pérdida de los intereses externos, cambia la interpretación de las relaciones interpersonales, compasión por sí mismo, se escapa geográficamente (esconderse, fugarse, perderse etc.), cambia los hábitos familiares, tiene resentimientos irracionales, protege su abastecimiento de alcohol, descuida su propia nutrición, tiene su primera hospitalización, disminuye su apetito sexual, sufre de celotipia alcohólica y tiene costumbre de beber en ayunas todos los días. (Rodríguez, 1990).

La fase crítica o crucial se caracteriza por:

- a).- Sentir compasión por sí mismo
- b).- Cambio de los hábitos familiares
- c).- Resentimientos irracionales
- d).- Protección y preocupación por su abastecimiento de alcohol
- e).- Disminución del apetito sexual
- f).- Bebe en ayunas todos los días
- g).- Se presenta celotipia alcohólica
- h).- Descuido de su propia nutrición (Se presentan las primeras hospitalizaciones).

FASE CRÓNICA

El bebedor ahora ya bebe solo, se abandona totalmente por periodos de varias semanas a la insensibilidad del estupor producido por la embriaguez. Cuando finalmente vuelve a la conciencia sufre una fuerte dependencia fisiológica que se manifiesta en temblores, vómitos explosivos, espasmos violentos, agotamiento total y delirium tremens. Se presenta intoxicación prolongada, marcado deterioro moral, trastorno del pensamiento, psicosis alcohólica, bebe sustancias que no son propiamente alcohol (vinagre, perfumes), disminución de la tolerancia, temores persistentes, inhibición psicomotora, el beber adquiere carácter obsesivo, aparecen rasgos compulsivos, todo el sistema de racionalizaciones fracasa, hospitalización definitiva, estado de coma y pérdida de la vida. (Rodríguez, 1990).

La fase crónica presenta las siguientes características:

- a).- Intoxicación prolongada
- b).- Marcado deterioro moral
- c).- Trastornos del pensamiento
- e).- Psicosis alcohólica
- f).- Disminución en la tolerancia para el alcohol
- g).- Temores persistentes
- h).- Inhibición psicomotora
- i).- Aparecen rasgos compulsivos
- j).- Hospitalización definitiva
- k).- Estado de coma
- l).- Pérdida de la vida.

Se puede ver la secuencia que siguen las distintas fases del alcoholismo, desde la simple gratificación, y sustitución de necesidades hasta la pérdida de la vida, lo cual enmarca una evolución del alcoholismo, que es claramente descrita por Jellinek.

Así como existen fases del alcoholismo, así también se presentan patrones de alcoholismo, los cuales son señalados por Jellinek (1960), de la siguiente manera.

PATRONES DEL ALCOHOLISMO

TIPO ALFA

Consumo que sobrepasa la capacidad metabólica del individuo, por razones meramente psicológicas, sin que haya pruebas de que los tejidos se adapten al alcohol.

TIPO BETA

En este tipo entran complicaciones físicas tales como gastritis y cirrosis, sin crear dependencia física y pérdida del control.

TIPO GAMMA

Implica tolerancia, pérdida del control y dependencia física, existe una notable pérdida del control sobre sí mismo.

TIPO DELTA

Además de todo lo anterior se presenta incapacidad para la abstinencia, en lugar de que el paciente pierda el control de sí mismo, experimenta lo que se conoce como imposibilidad de abstenerse.

Una vez que Jellinek estableció las fases del alcoholismo, así como los patrones del mismo, se dio a la tarea de establecer los tipos de beber (Jellinek, 1960), los cuales pueden, en cierta forma, explicar el consumo excesivo, sin embargo se deberá tomar en cuenta que cada individuo es diferente de otro y que las diferencias individuales deben ser tomadas en cuenta.

TIPOS DE BEBER (JELLINEK)

1.- **ABSTINENCIA DE ALCOHOL:** Ausencia absoluta de consumo de alcohol.

2.- **CONSUMO MODERADO:** Consiste en un consumo habitual menor a 100 ml. de alcohol absoluto por día y/o la presencia de menos de dos estados de embriaguez al año

3 - **CONSUMO EXCESIVO:** Se caracteriza por el consumo habitual, (más de tres días a la semana) a causa de la dependencia psicopatológica o socio-cultural de más de 100 ml. de alcohol absoluto (equivalente a más de un litro de vino, más de dos litros de cerveza, más de un cuarto de destilados) al día, ó en caso análogo la presencia de 12 ó más estados de embriaguez al año.

4 - **CONSUMO PATOLÓGICO O ALCOHOLISMO:** Presencia regular de dependencia de etanol, contra la cual el paciente se encuentra menos que indefenso. Esta dependencia se manifiesta como una tendencia inmodificable por parte del consumidor, a ingerir bebidas alcoholicas.

CAPÍTULO 3

TIPO DE TRATAMIENTO

Existen infinidad de aspectos que determinan el resultado de la terapia, uno de los más importante resulta ser el tipo de tratamiento que se emplee ya que determinados problemas requieren determinadas soluciones, y por ello la importancia de establecer el tratamiento adecuado para el problema que presenta el paciente; actualmente existen una serie de corrientes encargadas del tratamiento de pacientes alcohólicos, entre las más importantes se encuentran : la terapia conductual, la psicoanalítica y los grupos de auto-ayuda (A.A.).

TERAPIAS CONDUCTUALES

Se trata de un modelo basado en la suposición de que lo que se ha de tratar es la conducta misma. Está implícita la creencia de que todas las conductas están sujetas a los mismos principios de aprendizaje (y desaprendizaje). La terapia conductual presta atención a los indicios ambientales, así como a los indicios que surgen del interior del individuo (Edwards, 1986).

El terapeuta experto de la conducta sabe, que al formular el plan de tratamiento de una persona, inevitablemente tiene que tomar en cuenta la función de la conducta alcohólica para dicha persona así como la conducta misma (ibidem).

La aportación de la terapia conductual en el tratamiento del alcoholismo se presenta de la siguiente forma:

En primer lugar, se hace énfasis en una evaluación precisa y detallada de los indicios y las circunstancias inmediatos que se relacionan con la bebida, es decir, un análisis conductual. Esta evaluación, es la base para un programa de tratamiento individual. La filosofía conductual indica que el tratamiento de cada paciente tiene que considerarse como un experimento en sí mismo. Se enfatiza la necesidad de una evaluación precisa del resultado, en la que se lleva un control del tratamiento y se proporciona retroalimentación, la cual, permite un desarrollo flexible del plan de tratamiento (Hamburg, 1975).

TÉCNICAS CONDUCTUALES

TRATAMIENTO AVERSIVO

Esta técnica destacó, por primera vez en la década de los treinta. En su momento se habló de resultados muy favorables y su empleo se difundió en otros países (Edwards, 1986). Aunque en la actualidad se pueden considerar que sus resultados son dudosos, la terapia de aversión tuvo gran importancia histórica al fomentar un interés optimista en el tratamiento del alcoholismo en una época en que pocos métodos parecían prometedores.

La terapia aversiva está basada en el condicionamiento clásico de Pavlov. Al paciente se le aplicaba una inyección de "Emetina" y después se le daba una bebida alcohólica antes de que se iniciara la náusea inducida químicamente. Este procedimiento tenía como objeto fijar la náusea como una respuesta condicionada a la bebida. Con frecuencia se le daba al paciente varias bebidas alcohólicas para asegurar la generalización más amplia posible del reflejo. Algunos terapeutas preferían emplear un escenario que era un modelo a escala de una situación real, por ejemplo, un bar o una serie de bebidas dispuestas elegantemente en una vitrina. El paciente asistía a sesiones de aversión durante cinco o seis días consecutivos y después asistía a sesiones complementarias en los siguientes meses o años (Hamburg, 1975).

Existe poca evidencia de que la aversión química de este tipo establezca efectivamente una respuesta condicionada clásica. Es muy probable que los resultados favorables de que se tiene noticia, se basen más en la selección de pacientes que en cualquier efecto específico (Edwards, 1986).

Una variante de la aversión química consiste en aplicar al paciente una inyección intravenosa de "Succinicolina", el cual, es un medicamento que paraliza el movimiento muscular y, por ende, la respiración. Lo que se pretende es asociar la terrible experiencia de casi 60 segundos de suspensión de la respiración (apnea) con la experiencia del beber (Litman, 1976). Otra variante es el uso de descargas eléctricas en lugar de la aversión química. Desde el punto de vista experimental, es más fácil trabajar con la descarga eléctrica que con la aversión química, en especial por lo que se refiere a la coordinación precisa de la relación entre el estímulo aversivo y la bebida (Edwards, 1986).

También se han hecho intentos para emplear la "sensibilización cubierta" en el tratamiento del alcoholismo. Se enseña al paciente a asociar la imagen o el sabor del alcohol con imágenes desagradables que aprende a inventar. Así mismo, se ha empleado la sugestión poshipnótica para inducir repugnancia al alcohol (Litman, 1976).

Los peligros y la molestia de la aversión química exceden cualesquier supuesta ventaja, a tal grado, que debería renunciarse a este tratamiento ya que a pesar de las pretensiones prometedoras, este método no es eficaz. Merece mencionársele sólo como una advertencia

de lo que puede hacerse para curar al paciente cuando el entusiasmo científico supera todo lo demás (Hamburg, 1975).

MANEJO DE CONTINGENCIAS

En éste modelo conductual se dan ciertas clases de recompensas que dependen de la abstinencia (o de la modificación del consumo de alcohol) o de la cooperación en el tratamiento, por el contrario, alguna clase de consecuencia negativa se hace contingente sobre el beber, el beber en exceso o a la falta de cooperación en el tratamiento. No hay duda de que en una sala experimental de un hospital se puede modificar la conducta del paciente si se hace que los privilegios de la sala dependan de la forma controlada en que beba el paciente. Por ejemplo, si sabe que se le prohibirá la entrada a la sala de televisión si se embriaga. No es seguro que se pueda extender este aprendizaje a situaciones del mundo exterior; sin embargo, se ha empleado el tratamiento condicional con cierto éxito para reforzar el consumo de "disulfiram" y en otros ambientes (Litman, 1976).

REFORZAMIENTO COMUNITARIO

Esta técnica es una variante del manejo de contingencias, con un énfasis en el manejo de recompensas reales en el ambiente del paciente. Las reacciones positivas de la familia, la ayuda para encontrar un empleo, la afiliación a un club social y otras recompensas sociales positivas se presentan al paciente como premios que dependen del éxito del tratamiento, y el equipo terapéutico acepta la responsabilidad de asegurar que dichas recompensas de reforzamiento se ofrezcan efectivamente. Al parecer, el reforzamiento comunitario es una de las variantes más prometedoras del método conductual (Edwards, 1986).

AUTOMONITOREO DEL NIVEL DE ALCOHOL EN LA SANGRE

El objetivo de esta técnica es enseñar a los pacientes a reconocer cuándo han llegado a un determinado nivel de alcohol en la sangre y a no exceder dicho nivel. La preparación puede centrarse en el reconocimiento de señales externas, tales como el número de copas ingeridas y la velocidad con que se toman, o en señales internas como el rubor o la sensación "de altura". Las sesiones de preparación pueden llevarse a cabo en forma individual o en grupos pequeños. En un grupo también puede ser importante tener un modelo por seguir: una persona aprende ha beber en la misma forma moderada que otras, y no toma como modelo de su conducta, la de un compañero que bebe en exceso. En una modificación se incluyen la administración de descargas eléctricas, si el paciente excede el límite establecido (ibidem).

Los primeros informes sobre la eficacia de este método parecieron ser prometedores, pero los resultados posteriores no siempre fueron positivos (Edwards, 1986). Debido a que no todos los pacientes pueden juzgar su propio nivel de alcohol en la sangre con la precisión necesaria.

EXPOSICIÓN A SEÑALES

Este enfoque teórico se basa en una estrategia de tratamiento desarrollada para trastornos obsesivos. El paciente es expuesto a señales que anteriormente precipitaron en el un anhelo de beber o el consumo excesivo de alcohol, y se le estimula a no beber o a no beber en exceso. Por ejemplo, puede pedírsele que lleve consigo una botella de whisky y que la destape y la huela, pero sin beber de ella; o el terapeuta puede acompañarlo a una cantina, o puede pedírsele que beba alcohol como para activarle el anhelo de beber y que después desista de beber más. Naturalmente se han tenido resultados positivos por lo que se refiere al caso experimental de una persona (Litman, 1976).

RETROALIMENTACIÓN POR VIDEO

La retroalimentación por medio de audiovisuales o cintas de video se ha empleado de diversas formas en el tratamiento. Por ejemplo, pueden mostrarse fotografías al paciente cuando está bebiendo en compañía de otras personas o puede mostrársele una película de él cuando está ebrio. Se dice que ha tenido algunos resultados positivos, pero probablemente estos métodos tengan un valor muy limitado y, en ocasiones, pueden provocar daños (Edwards, op. cit).

TERAPIAS COGNITIVAS

La terapia cognitiva, parte de la base, de que la tarea del terapeuta encargado de los problemas de alcoholismo, es ayudar al paciente a adquirir una visión más acertada u objetiva de la realidad, a través del empleo de herramientas tales como la lógica y las pruebas empíricas. La teoría cognitiva, parte del principio de que los problemas psicológicos se originan de distorsiones de la realidad, y que la corrección de estas distorsiones es la que promueve el cambio (Safran y Segal, 1994). El paciente aprende a identificar las situaciones peligrosas o de alto riesgo en el consumo de alcohol, se le enseña a desarrollar estrategias de afrontamiento o prevención.

ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES, ENTRENAMIENTO ASERTIVO Y RELAJACIÓN

Estos métodos no son específicos del alcoholismo, pero en éste contexto encuentran su aplicación como tratamientos psicológicos destinados a atacar las supuestas causas psicológicas del consumo excesivo de alcohol. Por ejemplo, se postula la hipótesis de que un determinado número de pacientes con problemas de alcoholismo no pueden conducirse con confianza en situaciones sociales (Marlatt, 1976; O'Leary, D., O'Leary, M. y Donovan, 1976a) y que el tratamiento por juego de roles, de sensibilización u otros métodos de modificación de la conducta pueden solucionar dicho problema (Hamburg, 1975). El entrenamiento asertivo se incluye en el mismo encabezado: el paciente que no es asertivo puede resultarle difícil decir "no" cuando se le ofrece una copa, y la terapia puede incluir, el enseñarle a decir "no". La enseñanza de la relajación mediante técnicas psicológicas sencillas puede ser útil para un paciente tenso, y también se han recomendado la meditación trascendental y la retroalimentación biológica como auxiliares en el tratamiento del alcoholismo (Edwards, 1986).

TÉCNICAS DE CAMBIO DE ACTITUDES

Estas técnicas parten de los principios de la psicología social, y buscan establecer un cambio en la actitud que los alcohólicos asumen hacia el alcohol. Puede pedirle directamente al paciente su participación en el juego de roles, en el que intente persuadir a otra persona para que no beba y puede invitársele a presenciar las negativas y evasiones de esa persona. En este proceso, puede esperarse que cambien sus propias actitudes. De manera similar, puede pedirsele que grabe en una cinta un mensaje en el que explique la naturaleza de la dependencia del alcohol, las consecuencias negativas de un consumo continuo del alcohol y los beneficios que se obtendrán de la abstinencia o bien, del consumo moderado (Edwards, 1986).

PAQUETES CONDUCTUALES MULTIMODALES

Las dificultades para llegar a una conclusión firme sobre lo que funciona mejor en este campo, se simboliza en las diversas evaluaciones del valor de una técnica multimodal. Algunos expertos creen que probar varias técnicas a la vez o una tras otra no tiene ventajas sobre la aplicación sencilla de una técnica preferida personalmente, en tanto que otros sostienen que un problema de alcoholismo que probablemente tenga varias dimensiones (falta de habilidades sociales, falta de mecanismos de afrontamiento y falta de reforzamientos positivos para un cambio en la forma de beber, por ejemplo) se trata mejor con una técnica multimodal. La lógica apoya esta última interpretación y los resultados de algunas investigaciones, al parecer, también la apoyan en gran medida (Edwards, 1986). Pero antes

de aplicar una combinación conductual uniforme en cada caso, es mejor hacer la evaluación conductual del paciente y un análisis general del caso, para posteriormente determinar el tratamiento multimodal para esa persona (Litman, 1976).

En la actualidad existen cuatro grandes conclusiones con base en la información revisada de las técnicas anteriores:

1).- No existe una técnica conductual formal de una eficacia probada tal que deba adaptarse como un método de tratamiento exclusivo (Hamburg, 1975).

2).- Existen muchos modelos prometedores. Una combinación conductual específica para una persona puede ser en particular un tratamiento útil para algunos individuos (ibidem).

3).- En muchos casos una técnica conductual puede aplicarse a algún aspecto particular de los problemas del paciente, y el terapeuta debe desarrollar la habilidad para identificar cuándo deben usarse dichas técnicas (Edwards, 1986).

4).- No debe subestimarse el tiempo y las habilidades que se requieren para el análisis conductual y el tratamiento con terapias conductuales, y sólo pueden esperarse malos resultados de una aplicación torpe de técnicas exactas. Sin embargo, el terapeuta que está trabajando principalmente como internista en el tratamiento del alcoholismo debe tener la capacidad para aplicar éstas técnicas de manera competente (Litman, 1976).

Una institución que ofrezca tratamiento debe tener entre su personal a un psicólogo que pueda ayudar en la enseñanza y supervisión de casos, miembro activo en casos enviados a su institución y dirigir los tratamientos (Edwards, 1986).

TERAPIA CON MEDICAMENTOS

Desde la presentación del "Disulfiram" (Antabuse) en la década de los cuarenta, se ha empleado mucho en el tratamiento del alcoholismo. El carburo de calcio citratado (Temposil o Abstem) se comercializó por primera vez en los años cincuenta y se afirma que tenía ventajas sobre el disulfiram pues causaba un número menor de daños secundarios. Es una sustancia de acción más corta y sólo brinda una protección de 12 a 24 horas después de la última dosis, en comparación con la protección de 24 a 48 horas del disulfiram, que se administra en una dosis diaria de 250 a 500 mg, se absorbe con menor rapidez que el carburo de calcio (dosis de 200 a 400 mg al día), por lo que se requieren de algunos días

para que su nivel en la sangre sea satisfactorio, en comparación con la protección más rápida que proporciona el carburo de calcio (ibídem).

De éstos dos medicamentos, el disulfiram provoca la reacción más marcada cuando se ingiere alcohol, pero por lo demás los dos son agentes muy parecidos. Ambos impiden la descomposición del alcohol en la etapa de producción de acetaldehído, de manera que el paciente experimentará una intoxicación transitoria con dicho aldehído si consume alcohol después del medicamento. La reacción se caracteriza por bochornos, palpitations, sofocamientos, dolor de cabeza, náusea, vómito y angustia general; y el olor característico del acetaldehído se percibe en el aliento. Normalmente la reacción se inicia de 15 a 30 minutos después de beber alcohol y su gravedad varía mucho. Puede ser tan leve como para considerársele inútil en la terapia por lo que el paciente “bebe a pesar de estar bajo sus efectos”, o puede ser tan grave que puede poner en peligro la vida del paciente (Edwards, 1986).

La razón fundamental de este tratamiento es que si el paciente toma sus tabletas sabrá que no puede beber mientras dure la acción protectora del medicamento, por lo que cada día sólo tiene que decidir tomar su medicamento en lugar de tener que resistir a las repentinas tentaciones de cualquier momento. Así pues, la terapia no es principalmente un tratamiento de condicionamiento, aunque puede incluirse varios procesos secundarios de aprendizaje (Hamburg, 1975).

Entre las desventajas de usar éste medicamento, se incluyen los peligros de la reacción medicamento-alcohol y, naturalmente con el disulfiram, también los problemas que provocan los efectos secundarios (entre los que pueden incluirse letargo, depresión, impotencia, un estado de delirio, neuritis periférica, dermatitis, un sabor desagradable en la boca y sofocamiento inexplicable). Otra desventaja sería que la prescripción de estos medicamentos puede hacer pensar que todo tratamiento puede consistir en una tableta y se olvide cualquier otra labor terapéutica necesaria (ibídem).

TERAPIA PSICOANALÍTICA

Otro tratamiento para el alcoholismo es la terapia psicoanalítica. En este tipo de tratamiento, el terapeuta toma conciencia de la problemática de los hábitos de consumo de alcohol del individuo, por lo cual lo guía para que mejore su nivel de conciencia de su situación personal motivándolo a discontinuar sus hábitos nocivos (Balint, 1964).

El terapeuta busca aumentar la autoestima que el bebedor consuetudinario gana al aprender a respetar a su terapeuta; con la posibilidad de poder descargarse de ideas y sentimientos emocionales dolorosos; el alivio de los sentimientos emocionales de culpa; el esclarecimiento de las actitudes y problemas a través del proceso de catarsis o de expresión en palabras; la evocación de recuerdos que necesitan revivirse pero que consciente o

inconscientemente se encuentran relegados al olvido y el consejo experto del terapeuta. La profundidad de la terapia psicológica depende de las potencialidades del bebedor dependiente, del entrenamiento y puntos de vista del terapeuta y de las metas y objetivos que se fijen conjuntamente el sujeto y su terapeuta como parte del contrato terapéutico del caso (Silber, 1959).

En el nivel más superficial, están las discusiones centradas a encontrar soluciones prácticas y viables a los problemas de la bebida, así como a los problemas interpersonales, ocupaciones y de otra índole que dificultan la vida del paciente que acude a la psicoterapia. En el nivel más profundo está la terapia prolongada encaminada a un reajuste radical de la personalidad. Este proceso requiere que el sujeto alcohólico vuelva a revivir emocionalmente sus conflictos a fin de comprender mejor los procesos de desarrollo que moldearon su temperamento durante su niñez temprana y los orígenes de sus dificultades actuales (ibídem).

En todos los niveles de la terapia, el psicólogo debe adoptar un papel relativamente pasivo, dejando hasta donde sea posible que sea el sujeto el que verbalice y tome las decisiones correspondientes a su caso (Madden, 1986).

Las actitudes y perspectivas del dependiente alcohólico hacia su terapeuta están siempre sujetos a un cierto grado de distorsión subjetiva debido a experiencias anteriores. Estas distorsiones o transferencias se derivan de eventos y experiencias tempranas con personas de significación especial, generalmente los padres. En las formas más profundas de psicoterapia, esta transferencia se estimula con el propósito de analizarla, en tanto que en las formas más superficiales de psicoterapia, el terapeuta se limita a tomar nota mental del carácter de la transferencia sin hacer mayores comentarios al respecto (Balint, 1964).

Los pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse con psicoanálisis, son los que poseen motivaciones sanas, inteligencia y habilidades lingüísticas y de expresión por encima del promedio normal; muestran suficiente estabilidad para asistir regularmente a las sesiones y tienen la suficiente capacidad conceptual para reconocer que existen algunas características psicodinámicas que subyacen a los sentimientos, las ideas y los síntomas de la conducta (Madden, 1986).

Otra alternativa de tratamiento para el alcoholismo, son los llamados grupos de autoayuda, o Alcohólicos Anónimos, los cuales basan su tratamiento en los doce pasos y las doce tradiciones, mismos que deben ser llevados a cabo para la "recuperación" de los integrantes de la agrupación.

ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

“Rara vez hemos visto fracasar a una persona que haya seguido concienzudamente nuestro camino. Los únicos que no se recuperan son los individuos que no pueden, o no quieren entregarse de lleno a este sencillo programa; generalmente son hombres y mujeres incapaces, por su propia naturaleza, de ser honrados consigo mismos. Hay seres desventurados como éstos. Por su naturaleza, son incapaces de entender y de realizar un modo de vida que exige la más rigurosa honradez. Para éstos, las probabilidades de éxito son pocas. Existen tales, aunque muchos de ellos logran recuperarse si tienen capacidad suficiente para ser honrados”. (Alcohólicos Anónimos pag. 54.)

Alcohólicos Anónimos es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia en el problema de beber. No pertenece a ninguna secta o grupo religioso el único objetivo que persigue es el de la sobriedad por ello se mantiene con sus propias contribuciones etc.

El programa de Alcohólicos Anónimos, fue creado por Bob y Bill co-fundadores de Alcohólicos Anónimos. Se basa en seguir los doce pasos y las doce tradiciones, (Central Mexicana de Servicios Generales de A.A. , A. C., 1989) que son los siguientes:

DOCE PASOS DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

- 1.- Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- 2.- Llegamos al convencimiento de que un poder superior podría devolvernos el sano juicio.
- 3.- Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, *como nosotros lo concebimos.*
- 4.- Sin temor, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
- 5.- Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
- 6.- Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
- 7.- Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
- 8.- Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y

estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

- 9.- Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
- 10.- Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
- 11.- Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, *como nosotros lo concebimos*, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
- 12.- Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a otros alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

LAS DOCE TRADICIONES DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Las doce tradiciones de alcohólicos anónimos son las establecidas por la Central Mexicana de Servicios generales de Alcohólicos Anónimos, (1989).

1.- Cada miembro de A.A., no es sino una pequeña parte de una gran totalidad. Es necesario que A.A. siga viviendo o, de lo contrario, la mayoría de nosotros seguramente morirá. Por eso, nuestro bienestar común tiene prioridad. No obstante, el bienestar individual lo sigue muy de cerca.

2.- Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental - un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo.

3.- Nuestra comunidad debe incluir a todos los que sufren de alcoholismo. Por eso, no podemos rechazar a nadie que quiera recuperarse. Ni debe el ser miembro de A.A. depender del dinero o de la conformidad. Cuando quiera que dos o tres alcohólicos se reúnan en interés de la sobriedad, podrán llamarse un grupo de A.A., con tal de que, como grupo, no tenga otra afiliación.

4.- Con respecto a sus propios asuntos, todo grupo de A.A. debe ser responsable únicamente ante la autoridad de su propia conciencia. Sin embargo, cuando sus planes atañen al bienestar de los grupos vecinos, se debe consultar con los mismos. Ningún grupo, comité regional, o individuo debe tomar ninguna acción que pueda afectar de manera significativa a la comunidad en su totalidad sin discutirlo con los custodios de la junta de

servicios generales Referente a estos asuntos, nuestro bienestar común es de la altísima importancia.

5.- Cada grupo de A.A. debe ser una entidad espiritual con un solo objetivo primordial - el de llevar el mensaje al alcohólico que aún sufre.

6.- Los problemas de dinero, propiedad, y autoridad nos pueden fácilmente desviar de nuestro principal objetivo espiritual. Somos, por lo tanto de la opinión de que cualquier propiedad considerable de bienes de uso legítimo para A.A., debe incorporarse y dirigirse por separado, para así diferenciar lo material de lo espiritual. Un grupo de A.A., como tal, nunca debe montar un negocio. Las entidades de ayuda suplementaria, tales como los clubes y hospitales que suponen mucha propiedad o administración, deben incorporarse separadamente de manera que, si es necesario, los grupos las puedan desechar con completa libertad. Por eso, estas entidades no deben utilizar el nombre de A.A. La responsabilidad de dirigir estas entidades debe recaer únicamente sobre quienes las sostienen económicamente. En cuanto a los clubes, normalmente se prefieren directores que sean miembros de A.A. Pero los hospitales, así como centros de recuperación, deben operar totalmente al margen de A.A. - y bajo supervisión médica. Aunque un grupo de A.A. puede cooperar con cualquiera, esta cooperación nunca debe convertirse en afiliación o respaldo, ya sea real o implícito. Un grupo de A.A. no puede vincularse con nadie.

7.- Los grupos de A.A. deben mantenerse completamente con las contribuciones voluntarias de sus miembros. Nos parece conveniente que cada grupo alcance esta meta lo antes posible; creemos que cualquier solicitud pública de fondos que emplee el nombre de A.A. es muy peligrosa, ya sea hecha por grupos, clubes, hospitales u otras agencias ajenas; que el aceptar grandes donaciones de cualquier fuente, o contribuciones que supongan cualquier obligación, no es prudente. Además nos causan mucha preocupación, aquéllas tesorerías de A.A. que sigan acumulando dinero, además una reserva prudente, sin tener para ello un determinado propósito A.A. A menudo, la experiencia nos ha advertido que nada hay que tenga más poder para destruir nuestra herencia espiritual que las disputas vanas sobre la propiedad, el dinero, y la autoridad.

8.- A.A. debe mantenerse siempre no profesional. Definimos el profesionalismo, como la ocupación de aconsejar a los alcohólicos a cambio de un recompensa económica. No obstante, podemos emplear a los alcohólicos en los casos en que ocupen aquellos trabajos para cuyo desempeño tendríamos, de otra manera, que contratar a gente no alcohólica. Estos servicios especiales pueden ser bien recompensados. Pero nunca se debe pagar por nuestro acostumbrado trabajo de doce pasos.

9 - Cada grupo debe tener un mínimo de organización. La directiva rotativa es la mejor. El grupo pequeño puede elegir su secretario, el grupo grande su comité rotativo. v los grupos de una extensa área metropolitana, su comité central o de intragrupo que a menudo emplea un secretario asalariado de plena dedicación. Los custodios de la junta de servicio generales de A.A. son los guardianes de nuestra tradición A.A., a través de las cuales mantenemos nuestra oficina de servicios generales en Nueva York. Tienen la autoridad conferida por los grupos para hacerse cargo de nuestras relaciones públicas a nivel global - y aseguran la integridad de nuestra principal publicación, el A.A. *Grapevine*. Todos estos representantes deben guiarse por el espíritu de servicio, porque los verdaderos líderes en A.A. son solamente los fieles y experimentados servidores de la comunidad entera. Sus títulos no les confieren ninguna autoridad real; no gobiernan. El respeto universal es la clave de su utilidad.

10.- Ningún grupo o miembro deberá, de una manera que pueda comprometer a A.A., manifestar ninguna opinión sobre cuestiones polémicas ajenas especialmente aquellas que tienen que ver con la política, la reforma alcohólica, o la religión. Los grupos de A.A. no se oponen a nadie. Con respecto a estos asuntos, no pueden expresar opinión alguna.

11.- Nuestras relaciones con el público en general deben caracterizarse por el anonimato personal. Opinamos que A.A. debe evitar la propaganda sensacionalista, no se deben publicar, filmar o difundir nuestros nombres o fotografías, identificándonos como miembros de A.A. Nuestras relaciones públicas deben guiarse por el principio de "atracción en vez de promoción". Nunca tenemos necesidad de abandonarnos a nosotros mismos. Nos parece mejor dejar que nuestros amigos nos recomienden.

12.- Finalmente, nosotros los alcohólicos anónimos creemos que el principio de anonimato tiene una inmensa significación espiritual. Nos recuerda que tenemos que anteponer los principios a las personalidades; que debemos practicar una verdadera humildad. todo a fin de que las bendiciones que conocemos no nos estropeen; y que vivamos en contemplación constante y agradecida de El que preside sobre todos nosotros.

En la actualidad, Alcohólicos Anónimos es una de las principales agrupaciones que presentan la mayor cantidad de personas abstemias (ibídem), sin embargo no se tiene registro de ello debido a que su tónica les impide salir del anonimato, sin embargo, no es poco común que siempre se piense en alcohólicos anónimos como la primera posibilidad cuando una persona presenta problemas de alcoholismo.

Una vez mencionados los factores etiológicos del alcoholismo y las alternativas terapéuticas del mismo, enseguida se analizarán las razones por las que los pacientes alcohólicos podrían desertar del mismo. El análisis de las mismas ayudaría a diseñar alternativas de tratamiento que incrementarían la probabilidad de tener éxito en el mismo.

CAPÍTULO 4

DESERCIÓN AL TRATAMIENTO

Baekeland y Lundwall (1975) realizaron uno de los estudios más exhaustivos y completos sobre deserción al tratamiento; ellos mencionan que en las clínicas psiquiátricas de Estados Unidos, se registran entre el 20 y 57 por ciento de pacientes que no regresan al tratamiento después de la primera visita. Así mismo en psicoterapia grupal, se registra una tasa de el 32 al 79 por ciento de pacientes que salen del tratamiento dentro del primer mes, sin aviso al médico; el cuadro resulta más alarmante en aquellos pacientes alcohólicos de consulta externa, ya que va del 52 al 75 por ciento de abandono del tratamiento, dentro de las cuatro primeras sesiones (Baekeland, Lundwall y Shanahan, 1973).

Existe una gran cantidad de pacientes que desertaron del tratamiento, de clínicas y centros psiquiátricos. Aunque es importante destacar que las tasas de deserción reportadas han tendido a ser más bajas, 13.7 a 39.2 por ciento, con una media del 28 por ciento en escenarios de pacientes internos que en programas con pacientes externos en los cuales se registró una tasa del 52 al 75 por ciento de deserciones antes de la cuarta sesión (Baekeland, y cols., 1973). Silberfeld y Glaser (1978) reportaron una tasa de abandono terapéutico del 83 por ciento durante los primeros tres meses del tratamiento de tipo externo de alcoholismo; mientras que Rees, Beech y Hore (1984) han reportado un índice de deserción terapéutica del 97 por ciento en tratamiento externo de alcoholismo.

El problema de la deserción resulta tan complejo como su definición, ya que para poderla acuñar, se requiere distinguir entre los distintos tipos de desertores que existen, tales como: el desertor que nunca regresa a tratamiento, el desertor que sólo una vez lo hace y el desertor que repetidamente abandona los tratamientos. Así también, la categorización es importante, ya que, el paciente que deserta después de una visita, puede ser totalmente diferente del paciente que deserta después de uno o cinco meses. De allí la importancia de establecer una clasificación que permita asignar al paciente el tratamiento apropiado, la cual realiza Pekarik, (1985), quedando de la siguiente manera:

DESERTOR INMEDIATO (Después de una visita)

DESERTOR RÁPIDO (Por un mes)

DESERTOR TARDÍO (Entre 2 y 6 meses).

Hablar de la cantidad de tiempo en tratamiento, no es un indicador del número de sesiones administradas, por tal motivo muchos estudios han definido al paciente desertor o terminador y el que se queda, en términos del número de visitas que realiza. Sin embargo, este criterio parece arbitrario. Por lo tanto, algunos investigadores (Pekarik, 1985) han preferido tomar el número de visitas como una medición de deserción en vez de la longitud de tiempo. Estas inconsistencias, en cuanto a los criterios que señalarán a un desertor, resultan problemáticas para la categorización de los pacientes (ibidem).

La gran mayoría de investigaciones sobre deserción del tratamiento, han buscado marcar la diferencia entre los “terminadores apropiados” y los desertores, en base a las variables del cliente o del terapeuta. Desafortunadamente, se han presentado problemas en cuanto a la reproducción de las investigaciones y al enmarcar las diferencias entre los desertores y los que no lo son. Por ejemplo: Baekeland y Lundwall (1975), reportaron que, en los estudios revisados se presentaba una estrecha relación entre sexo, estabilidad social y deserción, por otro lado, en otras investigaciones no se encontró alguna relación significativa. Investigadores como: Brandt, (1965); Fiester, Mahrer, Giambra y Ormiston (1974) y Pekarik, (1983) han concluido que las inconsistencias en la literatura se deben a la definición que se tiene sobre deserción, ya que la gran mayoría ha utilizado distintos criterios (Número de visitas, longitud de tiempo etc.) para categorizar a un desertor de aquel que no lo es.

DEFINICIÓN DE DESERCIÓN

Existe una gran variedad de criterios para establecer la definición, motivo por el cual, no sólo existen divergencias en cuanto a su definición, sino también en cuanto a los resultados obtenidos, por ejemplo: Pekarik, (1983), divide a los pacientes en: “Terminadores prematuros” y “Terminadores tardíos”, considerando a los primeros como aquéllos que asistieron sólo a 5 sesiones o menos, y a los últimos como aquéllos que asistieron a más de 6 sesiones. Por otro lado, se han presentado distintos criterios, aunque la media en general es de seis sesiones. La definición más adecuada, es la que formula Pekarik (1986a), quien critica la designación de desertor basada en el número de sesiones ya que:

a).- En distintas investigaciones se usan diferentes tiempos para distinguir al paciente desertor del terminador.

b).- La duración del tratamiento no es dada en términos del status*.

* Por ejemplo: Los terminadores prematuros son considerados completadores por algunos terapeutas y se les adjudica un alto aprovechamiento del tratamiento, mientras que otros pacientes de tratamientos a largo plazo que abandonan incluso después que los terminadores prematuros, son considerados como desertores y se les adjudica poco aprovechamiento del tratamiento.

Consecuentemente, para que un paciente pueda ser considerado como desertor deberá cumplir los siguientes dos aspectos :

1).- No solicitar su siguiente cita. En la clínica "Tlatelolco del I.S.S.S.T.E" se considera desertor al paciente que, después de seis semanas no solicite su siguiente cita, o bien, no justifique su ausencia.

2).- Que en base al criterio del terapeuta, el paciente haya terminado unilateralmente el tratamiento sin aviso (Pekarik, 1986a). (Esté criterio se establece, en la medida en que se cubran las metas establecidas: abstinencia total ó consumo moderado, según sea el caso).

MOTIVACIÓN

La motivación es considerada un componente crítico para la buena disposición en el intento de intervención para un cambio conductual (Deci y Ryan, 1985; Prochaska y DiClemente, 1983). De hecho, los terapeutas consideran que la motivación puede ser un factor importante en el tratamiento de alcoholismo (Cook, Loveland, Blow y McAleeman 1994; Gossop, 1972; John, 1985; Krampen, 1989; Lemere, O'Hollaren y Maxwell 1958; Miller, 1985; Ryan, Plant y O'Malley, 1995; Simpson y Joe, 1993; Steinberg, Epstein, McCrady y Hirsch, 1997). En efecto, la ausencia de motivación es una de las más frecuentes razones citadas para que un paciente abandone el tratamiento, recaiga, no lo aproveche, etc.

A pesar de que la motivación ha sido criticada, es claro que de ella depende que un paciente se mantenga en tratamiento, se fije metas a largo plazo, tenga una participación activa y muestre tolerancia a la frustración (Ryan, Plant y O'Malley, 1995)

FACTORES DEMOGRÁFICOS

Los factores demográficos resultan importantes en la deserción al tratamiento, entendidos estos como aquellos factores propios del paciente y del nivel en el cual se encuentra dentro de su entorno: entre estos se encuentran: sexo, edad, estado civil, ocupación, los cuales pueden resultar importantes en la deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos, tales evidencias las muestran por ejemplo: Dodo (1971), Dubrin y Zastowny (1988) quienes encontraron que los factores demográficos, que han sido consistentemente correlacionados con deserción al tratamiento, incluyen: Clase social, educación y raza, en menor medida edad, sexo y status. Más adelante, Stern, Moore y Gross (1975) y Garfield (1977) concluyeron que clase social era uno de los factores más importantes para predecir la continuación en psicoterapia. Por su parte, Garfield y Bergin (1978) encontraron que educación resultó ser un importante factor predictor de deserción del tratamiento.

EDAD

En lo que se refiere a edad, Gottschalk (1967) reportó que los clientes más jóvenes tuvieron una mayor probabilidad de desertar del tratamiento, dentro de las primeras seis sesiones de psicoterapia breve Baekeland y cols , (1973) en un estudio entre alcohólicos desertores rápidos e inmediatos, encontraron que los pacientes inmediatos son principalmente jóvenes, a estas conclusiones también llegaron otros autores (Beck, Freeman y cols., 1983; Cook y cols., 1994; Copeland y Hall, 1992; Cummings; 1975; Epstein, McCrady, Miller y Steinberg, 1994; Kern, Shumelter y Paul, 1977; Linn, 1978; Mammo y Weinbaum, 1993; Patton, 1978; Schofield, 1978; Welte, Hynes, Sokolow y Lyons, 1981; Wickizer, Maynar, Atlerley, Frederick, 1994), no obstante, otros autores no lo consideran un factor importante en la deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos (Fischer-Nelson, 1987; Pekarik y Wierzbicki, 1986b).

GÉNERO

En lo referente al sexo de los pacientes, algunas investigaciones han indicado que los pacientes del sexo masculino desertan más frecuentemente de tratamiento para alcoholismo, que los pacientes del sexo femenino (Beckman y Bardsley, 1986; Brewer, Zawadski, y Lincoln, 1990; Keil y Esters, 1982; Rees, 1985) mientras otros estudios han hallado lo contrario (Allan, 1987; Arngrim, Munk-Jorgensen, Bjorkson-Argrim, 1987; Baekeland y Lundwall, 1975; Mammo y Weinbaum, 1993; Sansone, 1980). Esto último debido a que la sociedad pone barreras a las mujeres para que no asistan a tratamiento (Thom, 1986; Weisner y Schmidt, 1992).

NIVEL EDUCATIVO

Otro factor demográfico que está asociado con el abandono del tratamiento por parte de los pacientes alcohólicos, es el nivel educativo. El nivel educativo se refiere a la cantidad de años cursados subsecuentes en instituciones educativas. Se ha encontrado que los pacientes alcohólicos con menor carrera académica, son más propensos para dejar el tratamiento, que los pacientes alcohólicos que tienen más años cursados en instituciones educativas (Castaneda, Lifshutz, Galanter, Medalia y Franco, 1992; Cook, Loveland, Blow y McAleeman , 1994; Epstein y cols., 1994; Mammo y Weinbaum, 1993; Patton, 1978; Wickizer y cols., 1994).

Maciel y Romero (1996) encontraron que el grupo que no terminó tuvo un nivel educativo menor que el grupo que si terminó el tratamiento.

ESTADO CIVIL

Los resultados de trece investigaciones arrojaron los siguientes datos en lo que se refiere a estatus marital y deserción del tratamiento:

Cuatro estudios; (Fleming y Lewis, 1987; Keil y Esters, 1982; Steer, 1983; Zax y cols., 1961) encontraron que los clientes casados tenían mayor probabilidad de completar el tratamiento que los solteros o divorciados. Copeland y Hall (1992), Hahn y King (1982) y Maciel y Romero (1996) encontraron lo opuesto, es decir, que los pacientes alcohólicos divorciados o solteros se relacionaban con una adecuada terminación del tratamiento. Finalmente seis estudios (Bander, Stilwell, Fein y Bishop, 1983; Krasnoff, 1976; Leigh y cols., 1984; Rees, 1985; Roffe, 1981; Smart y Gray, 1978) no encontraron significancia de la variable estado civil y deserción del tratamiento de pacientes alcohólicos. Baekeland y Lundwall (1975) también encontraron relacionados deserción al tratamiento y el estado civil de los pacientes.

DIAGNÓSTICO

Si bien el alcoholismo en si mismo ya resulta una enfermedad, está en muchas de las ocasiones aunada a otros trastornos, incluso el alcoholismo resulta de una consecuencia de otros padecimientos. Aquellos pacientes que desertan de psicoterapia presentan altas tasas de patología, contrario a aquellos pacientes que permanecen durante todo el tratamiento, de allí la importancia de establecer un diagnóstico temprano y adecuado ya que éste, como la identificación de factores asociados, podrán reducir la terminación prematura del tratamiento (Douglas (1992).

Beck y cols. (1983) haciendo un análisis de función discriminante de datos clínicos en 200 pacientes alcohólicos y farmacodependientes, revelaron que un diagnóstico involucrando desorden de personalidad era predictor de deserción al tratamiento.

SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN

Beckman y Bardsley (1986) encontraron, entre los principales factores de deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos: severidad de la adicción, seguro del tratamiento y recursos financieros. Por su parte, Heinemann y cols (1976) indicaron que los alcohólicos con malestar psatofisiológico por el alcohol no terminaban su tratamiento.

Leigh y cols. (1984) hallaron que los pacientes desertores tenían una puntuación más alta en el Michigan Alcoholism Screening Test (medida de severidad del alcoholismo) en comparación con los pacientes terminadores. Así mismo, Maciel y Romero (1996) hallaron

que el grupo desertor tenía una severidad de alcoholismo significativamente mayor con respecto al grupo que terminó el tratamiento.

Midanik (1980) ha indicado que los pacientes que percibían su problema de alcoholismo como muy severo, desertaban con mayor facilidad que los que percibían su alcoholismo menos grave.

Por otro lado, Öjehagen y Berglund (1986) determinaron que los pacientes que completaban el tratamiento, mostraban una marcada dependencia física del alcohol en comparación con los pacientes desertores.

Ryan y cols. (1995) sostienen que los altos niveles de severidad del alcoholismo son un factor importante para que los alcohólicos abandonen el tratamiento, antes de que éste termine.

DEPRESIÓN

Rounsaville, Dolinsky, Babor y Meyer, (1987) encontraron en su estudio de seguimiento de 266 pacientes alcohólicos, que los hombres con depresión mayor tenían un pobre resultado terapéutico, lo que no resultaba equivalente con las mujeres. Frank, Gliedman, Imber, Nash, y Stone, (1957), en estudios realizados sobre depresión y psicoterapia encontraron que los sujetos deprimidos permanecían por más tiempo en psicoterapia. Wolff (1967), encontró relacionados sexo y presencia de depresión; las mujeres deprimidas permanecían en tratamiento a largo plazo. Sin embargo, Baekeland y Lundwall (1975) encontraron, que es más probable, que las mujeres deprimidas terminen abruptamente el tratamiento, en comparación con las que no están deprimidas. Taulbee (1958) y Luborsky, Chandler, Auerbach, Cohen y Bachrach, (1971) reportaron una estrecha relación de depresión con permanencia en el tratamiento a través de una elevada puntuación en la escala D en el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI). Elkin, Shea y Watkins, (1989) encontraron que uno de cada tres pacientes deprimidos desertaron de psicoterapia.

Los pacientes que desertan del tratamiento dependen del alcohol para aliviar su ansiedad y depresión (Baekeland y Lundwall, 1975).

Caster y Parsons (1977), Fink, Rudden, Longabaugh, McCrady y Stout, (1984), Fischer-Nelson y cols., (1987); O'Leary, Calsyn, Chaney y Freedman, (1977), O'Leary, Rohsenow y Chaney, (1979) y Ravndal y Vaglum (1994) dicen que los pacientes alcohólicos desertores son generalmente depresivos.

No obstante, algunas investigaciones (Huber y Danahy, 1975; Krasnoff, 1977; Sheppard, Smith y Rosenbaum, 1988) no han encontrado diferencias significativas de síntomas depresivos entre desertores y asistentes.

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Si bien el diagnóstico de depresión interviene como factor de deserción del tratamiento, también se sabe que los factores sociopáticos y conducta agresiva o pasivo-agresiva han sido consistentemente correlacionados con deserción del tratamiento, (Altman, Angle, Brown y Sletten, 1972; Babst, Chambers y Werner, 1971; Baekeland y Lundwall, 1975; Booth, Cook y Blow, 1992; Huber y Danahy, 1975; Lin, 1975; Miller y cols., 1968; Perkins y Block, 1971; Quatrone, 1973; Trice, Roman y Belasco, 1968; Wilkinson, Prado, Williams y Schmidt, 1971). Sheppard, Smith y Rosenbaum, (1988) comparando 3 subgrupos de terminadores del tratamiento para alcoholismo por medio del MMPI, encontraron que el grupo con mayor índice de deserción tenía puntuaciones altas en desviación psicopática. No obstante, Nelson y Hoffmann (1972) encontraron que los pacientes desertores tenían menos rasgos psicopáticos que los pacientes asistentes. Mientras Krasnoff (1977), no encontró diferencias significativas en la escala desviación psicopática del MMPI, entre terminadores prematuros y asistentes al tratamiento. Los síntomas paranoicos y aspectos sociopáticos resultaron predictores de deserción del tratamiento de acuerdo a Hiler (1959). Rounsaville y cols. (1987) han indicado que el trastorno antisocial de la personalidad es una causa importante de resultado terapéutico pobre tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, Ryan y cols. (1995) encontraron que los pacientes alcohólicos con problemas legales terminaban su tratamiento.

AISLAMIENTO SOCIAL

Otra variable psicológica asociada con la terminación prematura del tratamiento de pacientes alcohólicos es el aislamiento social. Se considera como el desapego social continuo. Algunos autores han referido que los pacientes aislados socialmente tienen un mayor riesgo para dejar el tratamiento que los pacientes que tienen un contacto social continuo (Baekeland y Lundwall, 1975; Cook y cols., 1994; Cummings, 1975; Maciel y Romero, 1996; Miller, Pokorny y Hanson, 1968). Se identifica a éste tipo de pacientes desertores como pacientes con pocos amigos cercanos, están primordialmente involucrados con la familia de origen, ellos mismos se perciben distantes e insensibles con otros, y fueron desconfiados de la experiencia grupal (Budman, Demby y Randall, 1980). También se les ha clasificado como introvertidos, esquizoides, ansiosos y defensivos a éste tipo de desertores (Linn, 1978; Mozdierz, Macchitelli, Conway y Krauss, 1973; Sladen y Mozdierz, 1985; Wilson y Whelan, 1983). Snyder (1961) y Heller, Myers y Kline (1963) encontraron correlacionada positivamente la capacidad para hacer amigos y la permanencia en el tratamiento.

Saltzman, Luetger, Roth, Creaser y Howar, (1976) encontraron bajas puntuaciones en el número de dimensiones medidas en relaciones sociales en los pacientes desertores. No obstante, otros investigadores no hallaron diferencias significativas en la escala introversión

social en el MMPI, entre desertores y asistentes al tratamiento (Huber y Danahy, 1975; Krasnoff, 1977; Sheppard y cols., 1988).

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

Otro factor de personalidad que está relacionado con la terminación prematura del tratamiento de pacientes alcohólicos es la conciencia de enfermedad. La conciencia de enfermedad puede ser concebida como la capacidad que tiene el alcohólico para darse cuenta de su problemática biopsicosocial, que origina la pérdida del bienestar y la disfuncionalidad del alcohólico en sus diversas áreas, tanto a nivel intelectual, como emocional y conductual (Fabela y Nava, 1981). Algunas investigaciones han considerado que los pacientes que perciben mejor su estado patológico tienden a permanecer en el tratamiento, contrario a los pacientes alcohólicos que no están concientes de su estado patológico (Hingson, Mangione, Meyer y Scotch, 1982; Rees, Beech y Hore, 1984; Rees, 1985), mientras otro estudio no encontró relación significativa entre conciencia de enfermedad y asistencia a tratamiento (Rees y Farmer, 1985). Maciel y Romero (1996) encontraron que los pacientes desertores percibían una mejoría al desertar del tratamiento, como producto de una "recuperación espontánea".

Aquellos pacientes que tienen problemas más severos de bebida y los que perciben su problema de beber como severo serán los que más probablemente deserten del tratamiento (Baekeland y Lundwall, 1975; Midanik, 1980).

LOCUS DE CONTROL

Un factor psicológico que está relacionado consistentemente con el abandono al tratamiento de pacientes alcohólicos es el Locus de Control. De acuerdo con la teoría del aprendizaje social, la probabilidad de que se dé una conducta está en función de la expectativa de que el reforzamiento seguirá a la respuesta potencial, el valor percibido del reforzamiento y la naturaleza de las situaciones psicológicas en que la conducta está por ocurrir (Rotter, 1975). La expectativa de que el reforzamiento seguirá a la respuesta - el locus de control percibido - es aprendida (Rotter, 1966).

Las expectativas que conciernen la relación entre conducta y su resultado son de naturaleza general, y son obtenidas por una variedad de situaciones percibidas que tienen características estimulantes similares. Este modelo sugiere que el reforzamiento no necesariamente forma la conducta, pero refuerza bastante la expectativa de contigüidad entre una respuesta dada y el reforzamiento anticipado (Rotter, 1966, 1975).

Debido a diferentes teorías de aprendizaje y reforzamiento, los individuos tienen diferentes orientaciones de control. Las personas que tienen un locus de control interno

perciben que los eventos personales y sus consecuencias dependen de sus acciones, mientras que las personas que tienen un locus de control externo perciben los reforzamientos como dependientes de factores externos tales como oportunidad, casualidad, suerte, destino u otras fuerzas. De ésta manera, el locus de control de una persona indica el grado de responsabilidad que percibe sobre eventos significativos en su vida (Donovan y O'Leary, 1978).

ORIENTACIÓN DE CONTROL EN ALCOHÓLICOS

Los conceptos de la teoría del aprendizaje social en general y locus de control percibido, en particular son de relevancia teórica y terapéutica para el problema del alcoholismo. Por ejemplo, los hallazgos indican que los bebedores sociales y alcohólicos pueden tomar en situaciones estresantes para poder aumentar su percepción de control personal y sensación de dominio (Marlatt, 1976; McClelland, Davis, Kalen y Wanner, 1972). No obstante, el estudio comparativo de alcohólicos y no alcohólicos, tan bien como la investigación de la relación entre orientación de control y psicopatología, la conducta de beber y resultado terapéutico en alcohólicos, ha producido algunos resultados contradictorios (Hinrichsen, 1976; Rohsenow y O'Leary, 1978b).

Joe (1971) ha encontrado que individuos que tienen un locus de control interno tienden a tener mejor control sobre sus impulsos y a funcionar constructiva y adaptativamente, facilitando mayor control personal sobre sus estados afectivos y su conducta social. Goss y Morosko (1970) y O'Leary, Donovan y Hague (1974) han encontrado correlaciones significativas entre puntajes en la escala de locus de control I-E de Rotter (1966) y psicopatología general, medida por el MMPI en alcohólicos. En subsiguientes estudios, los alcohólicos con locus de control externo parecen ser más ansiosos y autocríticos (Donovan, Smith, Paige y O'Leary, 1975b; O'Leary y cols., 1975) más deprimidos (Donovan, Radford, Chaney y O'Leary, 1977) y menos capaces de controlar fuentes de estrés interpersonal e intrapersonal (Donovan, O'Leary y Schau, 1975a) que sus contrapartes que tienen locus de control interno.

Aunque estos hallazgos reflejan consistencia interna, varios estudios (Gozali y Sloan, 1971; Nerviano y Gross, 1976) han fracasado para demostrar alguna relación confiable entre la escala I-E y mediciones de psicopatología. 2 áreas que evidencian un cuerpo grande de resultados conflictivos son aquellos que comparan la orientación de control de alcohólicos y no alcohólicos y el estudio de la relación entre puntajes de alcohólicos en la escala I-E y conducta relacionada con el beber (Rohsenow y O'Leary, 1978a). El locus de control ha sido encontrado ser más interno (Goss y Morosko, 1970; Gozali y Sloan, 1971) más externo (Butts y Chotlos, 1973; Chess, Neuringer y Goldstein, 1971) y no diferente (Donovan y O'Leary, 1975) que de no alcohólicos.

Por lo que se refiere al abandono del tratamiento por parte de pacientes alcohólicos, algunos investigadores han utilizado la escala I-E de Rotter (1966) para medir el locus de

control de sus pacientes de estudio (O'Leary, Roshenow y Donovan, 1976b; O'Leary, Calsyn, Chaney y Freedman, 1977; O'Leary, Rohsenow y Chaney, 1979; Schofield, 1978) encontrando resultados discrepantes respecto al locus de control de los desertores. La deficiencia de la escala I-E incluye la contaminación potencial de puntajes por características del tratamiento, además su multidimensionalidad y ambigüedad en la definición de "externalidad", la aparente influencia de un grupo de respuesta de deseabilidad social en la orientación de control y la posible confusión de puntajes I-E por inclinaciones de respuesta a ítems. Se han desarrollado otras mediciones de locus de control pero han sido de uso limitado en el estudio de alcohólicos (Rohsenow y O'Leary, 1978a)

Una medida relacionada más específicamente a las situaciones de beber debería suministrar un mayor grado de poder predictivo, tan bien como menos resultados ambiguos que se obtienen con la escala estándar de locus de control de Rotter (1966). Estas consideraciones teóricas han guiado al desarrollo de una escala de locus de control relacionado con el alcoholismo (DRIE) (Donovan y O'Leary, 1978; Hirsch, McCrady y Epstein, 1997), la cual convierte expectativas generales de control dentro de una medida de expectativas específicas que trata con una variedad de conductas relacionadas con el beber alcohol etílico. Algunos investigadores la han usado para estudiar el resultado del tratamiento y la orientación de control durante él mismo (Abbott, 1984; Koski-Jännes, 1994; Oziel y Obitz, 1975; Walker, Nast, Chaney y O'Leary, 1979).

Por otro lado, estudios que han investigado el abandono terapéutico por pacientes alcohólicos, han utilizado ésta escala específica en vez de la escala I-E estándar por tener un mayor poder predictivo para evaluar el locus de control respecto a la conducta de beber (Jones, 1985; Prasadarao y Mishra, 1992; Walker, Van Ryn, Frederick, Reynolds y O'Leary, 1980) habiendo encontrado que los pacientes desertores tenían una orientación o locus de control externo en comparación con los pacientes que completaban el tratamiento. Investigadores que han usado otras escalas de locus de control, no específicas con la conducta de beber alcohol, no han encontrado externalidad significativa en el locus de control de los desertores entre ellos: Bowen y Twemlow (1978), Hughes y Seiler (1981), Leigh y cols. (1984), Rees (1985).

ACTITUD DE RECHAZO AL TRATAMIENTO

Las creencias que el paciente tiene sobre el alcohol, hacia su tratamiento y salud, es decir, aquellos con actitudes más favorables hacia la bebida no lograrán terminar su tratamiento (Krasnoff, 1977).

Las actitudes ambivalentes y negativas, así como la pobre motivación para el tratamiento, pueden estar relacionadas con deserción al tratamiento (Baekeland y cols., 1973; Blane y Myers, 1963; Copeland y Hall, 1992; Ryan, Plant y O'Malley, 1995).

Connelly, Piper, De Carefel y Debbane, (1986) reportaron pobres niveles de funcionamiento interpersonal de parte de los pacientes alcohólicos, así como expectativas negativas sobre la terapia. También encontraron importante las expectativas negativas en el proceso grupal como factor de deserción (Kaul y Bender, 1986; Woods y Melnick, 1979).

JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial el alcoholismo representa uno de los principales problemas de salud pública y México no es la excepción, sobre todo si se toman en cuenta los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Adicciones del 93, la cual estimó que el 66.5 por ciento de la población entre 12 y 18 años consumió bebidas alcohólicas en los últimos dos años, es decir, más de 28 millones de mexicanos. Al estratificar por región, destacó un mayor consumo de alcohol en la ciudad de México y zona conurbada. Respecto a la dependencia de alcohol, la prevalencia nacional fue de nueve por ciento; es decir, cerca de tres millones de mexicanos⁴ (Tapia-Conyer, Cravioto, De la Rosa, y Kuri 1993). Por ello se han tomado medidas tales como la creación de centros, instituciones y hospitales especializados en rehabilitación, prevención y control del mismo. Sin embargo la creación de dichos centros no ha sido suficiente para aminorar el problema ya que variables tales como difusión, servicios proporcionados, eficiencia entre otros, no han resultado en muchos de los casos las más idóneas, lo que consecuentemente propicia índices elevados de deserción, recaída, ausentismo, insatisfacción y poco aprovechamiento del tratamiento.

Existen investigaciones en materia de recaídas, consumo moderado y servicios proporcionados, sin embargo se tiene poca información en lo que respecta a deserción terapéutica y en México el problema es aún mayor, sobre todo si sólo se cuenta con una investigación al respecto (Maciel y Romero, 1996), en la cual se registra un índice de deserción del 50 por ciento durante las primeras fases del tratamiento, un 53.3 por ciento en la fase de evaluación y un 24.7 por ciento en las primeras sesiones, es decir, la deserción ocurre antes de llegar a la mitad del tratamiento, así mismo en la clínica de Neuropsiquiatría "Tlatelolco" se ha vislumbrado un índice de deserción de pacientes alcohólicos arriba del 80 por ciento. Por otro lado, los reportes de las tasas de deserción de pacientes en los programas de tratamiento de alcohol a nivel mundial, indican que entre el 28 y el 80 por ciento de los pacientes alcohólicos abandonan el tratamiento entre la primera y la cuarta sesión (Baekeland y cols., 1973; Gertler, Raynes y Harris, 1973; Erwin y Hunter, 1984; Jones, 1985). Por tal motivo es pertinente establecer las variables o factores que determinan

⁴ Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones/ Dirección General de Epidemiología / SSA. 1993.

la deserción, ya que con tal información resultará posible tomar medidas de prevención en materia de deserción terapéutica de pacientes alcohólicos.

OBJETIVO

Identificar aquellas variables que se presentan con mayor frecuencia en un grupo de pacientes alcohólicos desertores del tratamiento, así como la clasificación de dichas variables. basada en la frecuencia de deserción presentada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son las variables que se presentan con mayor frecuencia en pacientes alcohólicos para abandonar el tratamiento en un centro de atención pública?

CAPÍTULO 5

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS

H0= La motivación no es un factor influyente en la decisión del paciente alcohólico para desertar del tratamiento.

H1= La motivación es un factor influyente en la decisión del paciente alcohólico para desertar del tratamiento.

H0=La edad no es un factor influyente de deserción al tratamiento en pacientes alcohólicos.

H1=La edad es un factor influyente de deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos.

H0=El estado civil no es un factor influyente de deserción al tratamiento en pacientes alcohólicos.

H1=El estado civil es un factor influyente de deserción al tratamiento en pacientes alcohólicos.

H0=El nivel educativo no es un factor influyente de deserción al tratamiento en pacientes alcohólicos.

H1=El nivel educativo es un factor influyente de deserción al tratamiento en pacientes alcohólicos.

H0= La severidad de la adicción no es un factor influyente de deserción al tratamiento en pacientes alcohólicos.

H1= La severidad de la adicción es un factor influyente de deserción al tratamiento en pacientes alcohólicos.

H0= El aislamiento social no es un factor influyente en la deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos.

H1= El aislamiento social es un factor influyente en la deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos.

H0= La depresión no es un factor influyente en la deserción del tratamiento de alcohólicos.

H1= La depresión es un factor influyente en la deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos.

H0= El trastorno antisocial de la personalidad no es un factor influyente en la deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos.

H1= El trastorno antisocial de la personalidad es un factor influyente en la deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos

H0= La conciencia de enfermedad no influye en la decisión del paciente alcohólico para desertar del tratamiento.

H1= La conciencia de enfermedad influye en la decisión del paciente alcohólico para desertar del tratamiento

H0= El tipo de locus de control que posea el paciente alcohólico no influye en la decisión de desertar del tratamiento

H1= El tipo de locus de control que posea el paciente alcohólico influye en la decisión de desertar del tratamiento.

H0= La actitud de rechazo al tratamiento no es un factor influyente en la deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos.

H1= La actitud de rechazo al tratamiento es un factor influyente en la deserción al tratamiento de pacientes alcohólicos.

DEFINICIONES CONCEPTUALES DE LAS VARIABLES ATRIBUTIVAS

MOTIVACIÓN.- Motivación es un término comúnmente usado por clínicos pero no siempre es claro lo que se entiende de ello. Mindlin (1959), trató de ser más explícito al trabajar con alcohólicos al mencionar que el término incluye por lo menos uno de los siguientes aspectos:

- a).- Buscar el cambio, ya sea la abstinencia total o el consumo moderado.
- b).- Convencimiento de que uno debe tomar parte activa en el tratamiento.
- c).- Buena voluntad para hacer sacrificios para el tratamiento.

La motivación se relaciona con actitudes positivas de aceptación hacia el tratamiento y, en aquellos que lo dejan se encuentra ausente. Además, es importante hacer una distinción entre motivación *extrínseca* (presión de la esposa, jefe, etc.) que es el que manejan muchos pacientes al inicio del tratamiento; y motivación *intrínseca* (deseo por el beneficio propio) (Ryan, Plant y O' Malley, 1995). Esta distinción permite establecer si el paciente asiste por un deseo genuino de cambio de conducta, o bien por presiones, las cuales pueden desaparecer y con ello también la motivación al tratamiento.

DEPRESIÓN.- La sintomatología esencial de este grupo comprende una alteración del estado del ánimo que se acompaña de un síndrome depresivo parcial o completo, el cual no es debido a algún otro trastorno mental o físico. El estado de ánimo corresponde a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida psíquica. Los sujetos con un síndrome depresivo suelen describir su estado de ánimo como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado, deshecho, o con otros términos coloquiales semejantes (DSM-III, American Psychiatric Association 1986).

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.- “El rasgo esencial es un trastorno de la personalidad, en el que existe una historia de conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Esta pauta de conducta antisocial persiste en la edad adulta, se presenta antes de los 15 años, y se expresa por un fracaso en el mantenimiento de la actividad laboral durante un periodo de varios años, aunque esto puede no ser evidente en individuos que se encuentran autoempleados o que no están en situación de hacer patente este hecho. La conducta antisocial no debe ser provocada por un retraso mental profundo, esquizofrenia o episodios maníacos. Entre los signos típicos que se encuentran ya en la infancia destacan las mentiras, los robos, las peleas, la vagancia y la resistencia a la autoridad. En la adolescencia, son frecuentes la conducta sexual agresiva o

inusualmente temprana, el consumo excesivo de alcohol y el uso de drogas ilegales. En la edad adulta siguen presentes estos tipos de conducta, a los que añaden la incapacidad para mantener un rendimiento laboral aceptable, o para funcionar como un padre responsable, con negativas para aceptar las normas sociales que definen la conducta correcta. Después de los 30 años los aspectos más flagrantes pueden ir disminuyendo, sobre todo la promiscuidad sexual, las peleas, los actos delictivos y la vagancia.” “Cuando el abuso de sustancias y la conducta antisocial empiezan en la infancia y continúan en la vida adulta, debe diagnosticarse tanto el trastorno por uso de sustancias, como el trastorno antisocial de la personalidad, sobre todo, cuando se den los criterios de cada alteración independientemente del grado en que alguna parte de la conducta antisocial puede ser consecuencia del trastorno por uso de sustancias. “Cuando la conducta antisocial en un adulto se encuentra asociada por uso de sustancias no debe hacerse el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad, a no ser que los signos infantiles del trastorno antisocial se encuentren presentes y continúen sin remitir durante más de 5 años, entre los 15 años y la vida adulta” (DSM-III. American Psychiatric Association 1986).

SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN.- Es la valoración adecuada de los distintos niveles de gravedad de la dependencia alcohólica y excluye sus secuelas (Stockwell, 1979).

AISLAMIENTO SOCIAL.- Es el acto de aislar o estado de apartamiento, especialmente en el sentido social, también se le concibe como la tendencia a evitar los contactos sociales (English, 1977).

LOCUS DE CONTROL.- Creencia que tiene una persona, de que las consecuencias de sus actos son debidas a sus recursos personales, o debidas al destino, suerte, oportunidad, casualidad u otros factores externos (Rohsenow y O’Leary, 1978). Grado de responsabilidad que tiene una persona sobre eventos significativos en su vida (Donovan y O’Leary, 1978).

ACTITUD DE RECHAZO AL TRATAMIENTO.- Se refiere a los individuos que tienen actitudes negativas hacia los médicos y el tratamiento relacionado con la salud mental, además de que no creen que alguien pueda entenderlos o ayudarlos, tienen problemas ya que no se sienten cómodos discutiendo con alguien, pueden desear no cambiar nada en sus vidas así como una imposibilidad de cambio, por otro lado estas personas prefieren darse por vencidas que enfrentarse a las crisis o dificultades.(Lucio y Ampudia, 1997).

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.- Estado en el que el paciente percibe su conducta de beber alcohol como problemática para sí mismo y para las personas a su alrededor, percibe la pérdida del bienestar y la funcionalidad como consecuencia de su conducta (Fabela y Nava, 1981)

EDAD.- La edad de un individuo, en un momento determinado, consiste en el tiempo que ha transcurrido desde su nacimiento. La edad cumplida es la edad redondeada por defecto del número de años enteros ya vividos (edad del último aniversario) (English, 1977).

GÉNERO.- Sinónimo propuesto para sexo y se refiere a la clara distinción física existente entre hombre y mujer. Cualquiera de las dos divisiones o categorías de organismos, hembra o macho, que se distinguen por producir, respectivamente, óvulos o espermatozoides; la categoría de hembras y la categoría de machos (English, 1977).

NIVEL EDUCATIVO.- Clasificación pedagógica de los alumnos o los adultos según el acceso a la alfabetización, luego a la jerarquía de los diplomas, generalmente por ciclo de enseñanza (English, 1977).

ESTADO CIVIL.- La principal clasificación de las personas procede de la capacidad relativa, que atendiendo sus condiciones o circunstancias, les concede la ley civil para el ejercicio de sus derechos. También es la clasificación o condición de cada uno, conforme a la cual debe arreglar su género de vida. En la actualidad son 6 las causas, que determinan el estado civil, entre ellas está la familia, la cual asigna al padre, madre e hijos (legítimos, ilegítimos o naturales) en solteros y casados, etc., derechos y deberes distintos, fundados en la naturaleza misma y que la ley civil no podía desconocer (Enciclopedia Universal Ilustrada, 1978).

DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

DESERCIÓN AL TRATAMIENTO.- El cumplimiento de cualquiera de las dos condiciones siguientes, puede denominar a un paciente como desertor del tratamiento.

- 1).- Que el paciente no solicite su siguiente cita. En la clínica "Tlaltelolco" del I.S.S.T.E., se considera desertor al paciente que después de seis semanas, no solicite su siguiente cita, o bien, no justifique su ausencia.
- 2).- Que el paciente abandone el tratamiento, cuando a criterio del terapeuta, éste aún no haya finalizado, (abandono unilateral por parte del paciente)(Pekarik, 1986a). Este criterio se establece en la medida en que se cubran las metas establecidas, las cuales pueden ser: abstinencia total o consumo moderado.

DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES ATRIBUTIVAS

EDAD.- Transcurso del tiempo en número de años entre el nacimiento y el momento actual del paciente.

NIVEL EDUCATIVO.- Número de años cursados en instituciones educativas reconocidas o afiliadas, con validez oficial.

ESTADO CIVIL.- Aquella condición de los pacientes que viven con pareja sexual o sin ella. Aquellos que viven con pareja se clasifican en casados, unión libre, amantes, y aquellos que no viven con pareja pueden ser solteros, viudos, divorciados o abandonados.

GÉNERO.- Es la diferenciación biopsicosocial entre hombres y mujeres de acuerdo al rol que desempeñan en la sociedad.

MOTIVACIÓN.- Es aquella forma de desarrollar las capacidades personales, realizar proyectos y proponerse nuevas metas en la vida, lo cual puede ser medida a través de la escala de motivaciones psicossociales y cuyo puntaje de 49.78 o más fue considerado como significativo. (Fernández, 1987).

DEPRESIÓN.- Estado anímico que se caracteriza por sentimientos de desesperanza, pesimismo, incertidumbre acerca del futuro, desinterés por la propia vida, lo cual fue evaluado a través de la escala clínica 2 de depresión del MMPI-2, cuyo puntaje de 71 o más fue considerado como significativo.

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD.- Patrón de conducta antisocial que se caracteriza por la falta de interés por la mayoría de los estándares sociales y morales de conducta, comportamientos que indican problemas familiares o de conducta, manipulación interpersonal e impulsiva, problemas de autoridad, actitudes misantrópicas, cinismo, problemas de conducta durante los años escolares y prácticas antisociales, el cual se midió a través de la escala clínica 4 (desviación psicopática) del MMPI-2, y el puntaje de 71 o más fue considerado como significativo.

AISLAMIENTO SOCIAL.- Altos niveles de timidez social, preferencia por permanecer solo y carencia de autoafirmación social, que fue medido por medio de la escala

clínica 0 (Introversión social) del MMPI-2, cuyo puntaje de 71 o más fue considerado como significativo

SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN.- Es la clasificación de la gravedad que se le asigna a un paciente adicto, basado en el tipo de sustancia, tiempo de consumo y frecuencia de uso que fue detectada a través de la entrevista psicológica y cuyo puntaje de 13 o más fue considerado como significativo (Stinnett y Schechter, 1982-83).

LOCUS DE CONTROL.- Es aquel estado cognitivo en el cual se encuentra un individuo y mediante el cual dirige sus actos (su consumo de alcohol), se divide en interno y externo, el cual puede ser medido por la escala de locus de control relacionado con el alcoholismo (DRIE) cuyo puntaje de 7 o más fue considerado como externo.

Locus de control interno.- Es el estado cognitivo en el cual un individuo conceptualiza su conducta de beber alcohol contingente con determinados resultados reforzantes.

Locus de control externo.- Es el estado cognitivo en el cual un individuo conceptualiza su conducta de beber alcohol como una consecuencia de las circunstancias medioambientales.

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.- Es el estado psicológico en el cual se encuentra un individuo, y la actitud que asume con respecto a las causas u origen del problema (Alcoholismo). La conciencia de enfermedad fue detectada a través de la entrevista psicológica y cuyo puntaje de 3 o más fue considerado como existencia de conciencia de enfermedad.

ACTITUD DE RECHAZO AL TRATAMIENTO.- Actitud negativa que tiene un paciente hacia los profesionales de la salud mental, así como poca confianza en sí mismo para poder cambiar aspectos importantes en su vida y fue medida por la escala de contenido (RT) rechazo al tratamiento del MMPI-2, cuya puntuación de 71 o más fue considerada como significativa.

DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.

DESERCIÓN.- Porcentaje que se da entre los pacientes a los cuales se les asigna tratamiento y aquellos que lo abandonan definitivamente, sin autorización del terapeuta.

SUJETOS

Cuarenta sujetos con diagnóstico primario de alcoholismo, ambos sexos, mayores de 18 años y sin ningún trastorno psicótico, de la Clínica de Neuropsiquiatría "Tlatelolco", que han abandonado el tratamiento antes de que el médico se los indicara. Cabe mencionar que estos sujetos fueron diagnosticados en la clínica "Tlatelolco" como alcohólicos por medio del AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Saunders, Aasland, Baber, de la Fuente y Grant, 1993).

TIPO DE MUESTREO

INTENCIONAL

Se seleccionaron los expedientes de todos aquellos pacientes alcohólicos que habían abandonado recientemente su tratamiento, para obtener la muestra representativa (Kerlinger, 1988) y en la cual se trabajó con todos aquellos ex-pacientes que aceptaron ser entrevistados.

MATERIALES

El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 2 (MMPI 2) (Hathaway y McKinley, 1940; Lucio y Ampudia, 1997). El Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2) es una de las pruebas de personalidad más confiables y válidas que existen a nivel mundial (Graham, 1990) y nacional (Durán, 1995). Para la muestra norteamericana se obtuvieron coeficientes de confiabilidad test-retest arriba del .79 y una validez convergente adecuada. Para la población mexicana se obtuvieron coeficientes test-retest arriba del .77 y coeficientes alpha de Cronbach arriba del .66, así mismo se obtuvieron validez discriminante y convergente adecuadas. De ésta prueba, sólo se utilizaron los reactivos que miden depresión, personalidad antisocial, introversión social y rechazo al tratamiento, cuyo número total de reactivos fue de 170. Al examinado se le presenta cada frase con 2 opciones por contestar, Cierto o Falso, el cual tiene que contestar sólo una. Cada puntuación cruda de las cuatro escalas se transformó en puntuación T de acuerdo a las tablas dadas por Lucio y Ampudia (1997) y cuya puntuación normalizada de 71 o más es considerada patológicamente significativa.

La Escala de Motivaciones Psicosociales (Fernández, 1987). Es una prueba desarrollada en España y consta de 173 reactivos. Este instrumento tiene coeficientes test-retest arriba del .78, además tiene validez convergente. Sólo se aplicaron los 22 reactivos de los niveles Activación y Ejecución del factor Autodesarrollo. Cada reactivo consta de 2 respuestas posibles, Cierto o Falso de las cuales, el examinado responde sólo una. Se suman las calificaciones y se obtienen un decil para cada nivel por medio de las tablas del instrumento. Posteriormente, se obtuvo un solo puntaje por medio del coeficiente de concordancia de Kendall.

La Escala de Locus de Control Relacionado con el Alcoholismo (DRIE) (Hirsch, McCrady y Epstein, 1997). Es una prueba que mide la responsabilidad que tiene una persona de beber alcohol, tiene una confiabilidad test-retest del .77, validez concurrente, convergente, discriminante y de constructo (Donovan y O'Leary, 1978). Contiene 25 reactivos representados en un formato de pares de elección forzada, en donde una frase u oración hace referencia al locus de control interno, mientras que la otra frase está dirigida hacia el locus de control externo. Las personas eligen de cada par de frases, aquella que mejor describe sus actuales creencias y/o conductas con respecto a su consumo de alcohol. Los reactivos son representados de tal manera que ni la alternativa interna ni la externa nunca aparecen primero. Los reactivos son puntuados como 0 (interno) ó 1 (externo). El puntaje de 7 o más fue considerado como externo (Koski-Jännes, 1994). (Ver anexo 1)

La Entrevista Psicológica. Contiene 21 preguntas. Incluye datos demográficos (edad, sexo, estado civil y nivel educativo), así como 1 pregunta con 5 opciones que mide conciencia de enfermedad (Maciel y Romero, 1996), 8 preguntas de 5 opciones cada una que evalúan severidad del alcoholismo (Stinnett y Schechter, 1982) y 8 preguntas abiertas relacionadas con la historia del tratamiento (Maciel y Romero, 1996). En el reactivo de conciencia de enfermedad, un puntaje de 2 o más, fue considerado como significativo. Las respuestas que midieron severidad del alcoholismo se sumaron y cuyo puntaje 13 o más se le consideró significativo. El instrumento que midió severidad del alcoholismo tiene un coeficiente test-retest de .96, además tiene validez concurrente y de constructo (Stinnett y Schechter, 1982). (Ver anexo 2)

PROCEDIMIENTO

Se asistió a la Clínica de Neuropsiquiatría "Tlatelolco" del I.S.S.S.T.E., y se tomaron los expedientes de aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento (consulta externa) antes de que éste concluyera. Se contactó a los pacientes que más recientemente habían terminado su tratamiento hasta obtener un número de 40 pacientes desertores (abandonaron el tratamiento de forma unilateral, no alcanzaron sus metas y no solicitaron su siguiente cita antes de seis semanas), a los cuales se les entrevistó para conocer las causas del abandono del mismo, se les aplicaron los instrumentos psicológicos (MMPI-2, Escala de Motivaciones

Psicosociales, Escala de Locus de Control Relacionado con el Alcoholismo y la entrevista psicológica). Cabe señalar que a los sujetos se les aseguró la confidencialidad de los datos obtenidos. Además en la presente investigación, los pacientes desertores fueron considerados como desertores tardíos de acuerdo al criterio, en el cual se considera a aquellos pacientes que permanecen en tratamiento entre 2 y 6 meses, Pekarik (1985). La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en los meses de agosto y septiembre de 1998.

PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se sometió a cada una de las variables atributivas a la prueba ji-cuadrada (Bondad de ajuste). Mediante la ji-cuadrada se analizaron intragrupalmente los dos resultados posibles de cada variable, lo cual permitió determinar si existían diferencias estadísticas significativas entre ambos subgrupos de cada variable. La edad, el estado civil y el nivel educativo no se incluyeron en el análisis estadístico de la ji cuadrada debido a que la muestra era de determinadas características (derechohabientes, de cierta edad y cierto nivel educativo). El género tampoco se incluyó en el análisis estadístico porque la mayoría de los sujetos eran hombres (85%). Los datos fueron determinados con un nivel de significancia del .05, con lo cual se determinó si la variable evaluada era baja o alta en el grupo de pacientes desertores. Finalmente, se realizó un análisis de contenido de la entrevista psicológica, de las variables criterio sobre la variable predicha (deserción). El paquete estadístico fue el SPSS/PC versión 5 0.1.

La fórmula de la ji-cuadrada es la siguiente:

$$X^2 = \frac{\sum (fo - fe)^2}{fe}$$

$$\alpha = .05$$

$$gl. = k - 1$$

Donde:

fo = Frecuencia observada

fe = Frecuencia esperada

α = Nivel de significancia estadística

gl. = grados de libertad

k = Número de categorías

TIPO DE ESTUDIO.- El tipo de estudio fue descriptivo (Garza, 1981), ya que se evaluaron sujetos desertores del tratamiento y se expusieron las principales variables que presentaban.

TIPO DE DISEÑO.- El tipo de diseño fue no experimental exploratorio (Garza, 1981; Kerlinger, 1988), ya que en el estudio no hubo control de variables independientes, además de que abre una línea de investigación en el problema de la deserción terapéutica de pacientes alcohólicos.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

Los datos de la presente investigación son el resultado de la evaluación que se realizó de los pacientes alcohólicos, una vez que fueron considerados como desertores. Por medio de los instrumentos: Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (M.M.P.I.-2), Escala de Motivaciones Psicosociales, Escala de Locus de Control Relacionado con el Alcoholismo (D.R.I.E.) y la entrevista psicológica fue posible medir: la conciencia de enfermedad, severidad del alcoholismo, depresión, desviación psicopática, aislamiento social, motivación, actitud de rechazo al tratamiento, locus de control e historia de tratamiento. Los datos se transformaron en frecuencias y fueron sometidas a la prueba estadística ji-cuadrada con un nivel de significancia de .05, a partir de los resultados se obtuvieron conclusiones.

Los resultados se exponen en tres apartados. El apartado I, comprende las variables categóricas: 1.-Conciencia de enfermedad, 2.-Depresión, 3.-Desviación psicopática, 4.-Aislamiento social, 5.-Motivación, 6.-Actitud de rechazo al tratamiento, 7.-Estado civil, 8.-Locus de control y 9.-Severidad de la adicción. El apartado II, expone las variables continuas: Edad y Nivel educativo. El apartado III presenta los datos de la entrevista psicológica en sus aspectos cuantitativo y cualitativo.

APARTADO I

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

SU MANERA DE BEBER :

N= 40

CATEGORIAS	<i>f_o</i>	<i>f_e</i>
1.- No es un problema	6	8
2.-Es un problema pequeño (sin experiencias negativas)	5	8
3.-Es un problema menor (con experiencias negativas)*	11	8
4.-Es un problema grave	10	8
5.-Es un problema muy grave	8	8

Tabla 1 Frecuencias entre las que se encuentra dividida la respuesta al reactivo

MEDIA=8 Cat.=3 RANGO 1 - 5 Min. 1 Max. 5 MODA= Cat.3

* El criterio de significancia está dado por Maciel y Romero (1996).

Como se puede observar en la tabla 1, solamente las dos primeras categorías resultan no significativas de acuerdo a Maciel y Romero (1996), es decir aquellos pacientes que no consideran su manera de beber como un problema y aquellos que la consideran un pequeño problema. Las tres categorías restantes consideran que su manera de beber es un problema, aunque en distintos grados, lo cual resulta una frecuencia de 29 de los casos.

ji-cuadrada

H0= No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. La probabilidad de ocurrencia es igual a .50.

H1= Existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. La probabilidad de ocurrencia es diferente de .50.

ji-cuadrada

$$\chi^2_{\text{calculada}} = 3.375$$

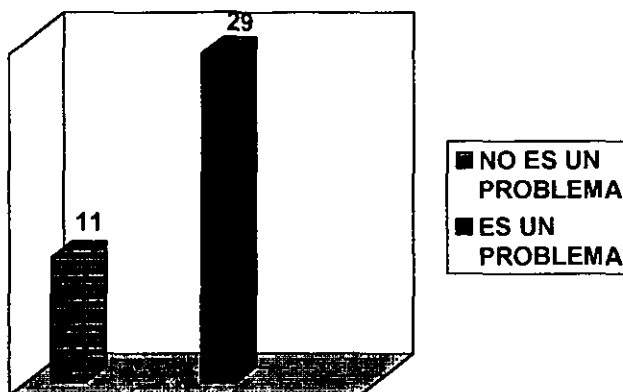
$$\text{Grados de libertad} \cdot K-1=1$$

$$\alpha = .05$$

$$\chi^2_{\text{Tabulada}} = 3.84$$

Dado que $3.84 > 3.375$, entonces se acepta la H0

Conclusión: Si bien, la mayoría de los pacientes alcohólicos desertores del tratamiento presentan conciencia de enfermedad, la diferencia entre ambos grupos no resulta estadísticamente significativa.



Gráfica 1

DEPRESIÓN

N=40

DEPRESION	<i>fo</i>	<i>fe</i>
NO SIGNIFICATIVA	19	20
SIGNIFICATIVA *	21	20

Tabla 2 Frecuencias observadas y esperadas de depresión de la escala D del MMPI-2.

Media=57 Rango= 31 - 127 D. Std.=11.51 Moda=40 Varianza= 129.34

* Los criterios de significancia son establecidos por el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (Lucio y Ampudia, 1997).

Como se puede observar en la tabla 2, 21 de los pacientes desertores del tratamiento presentaron depresión significativa de acuerdo a los criterios del MMPI-2; mientras que 19 presentaron depresión no significativa de acuerdo a los criterios establecidos por el MMPI-2

H0= No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los sujetos deprimidos y no deprimidos, la probabilidad de ocurrencia es igual a .50.

H1= Existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos deprimidos y los que no lo están en el grupo de pacientes alcohólicos desertores del tratamiento. La probabilidad es diferente de .50.

ji-cuadrada

χ^2 calculada = 0.1

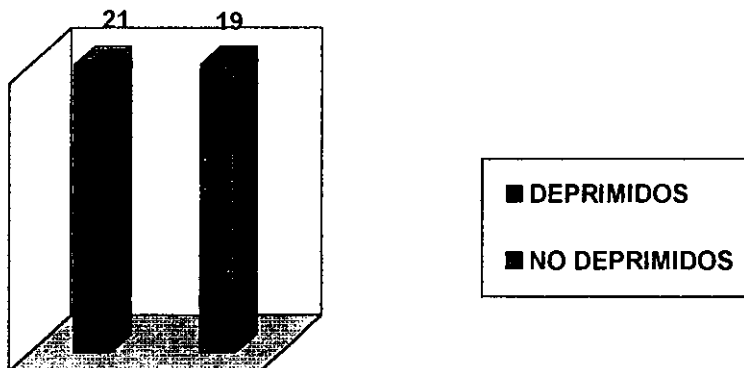
Grados de libertad = $K - 1 = 1$

$\alpha = .05$

χ^2 Tabulada = 3.84

Dado que $0.1 > 0.1$, entonces se acepta la H0

Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los pacientes deprimidos con el grupo de aquellos que no lo están. Por lo tanto, la depresión no es significativa.



Gráfica 2

Los resultados obtenidos arrojan frecuencias similares entre los deprimidos y los no deprimidos, la diferencia es sólo de 2 sujetos.

DESVIACIÓN PSICOPÁTICA

N=40

D. PSICOPÁTICA	<i>fo</i>	<i>fe</i>
NO SIGNIFICATIVA	8	20
SIGNIFICATIVA *	32	20

Tabla 3 frecuencias observadas y esperadas de desviación psicopática de pacientes alcohólicos desertores del tratamiento.

Media =66.125 Rango =30 - 126 D. Std =13.11 Varianza = 171.95

* Los criterios son establecidos por el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (Lucio y Ampudia, 1997).

Como se puede observar en la tabla 3, 32 de los pacientes desertores del tratamiento presentaron desviación psicopática significativa, de acuerdo a los criterios del MMPI-2; mientras que 8 presentaron desviación psicopática no significativa de acuerdo a los criterios establecidos por el MMPI-2.

H0= No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los sujetos que presentan desviación psicopática y aquellos que no la presentan, la probabilidad de ocurrencia es igual a .50.

H1= Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los sujetos que presentan desviación psicopática y aquellos que no la presentan en el grupo de pacientes alcohólicos desertores del tratamiento. La probabilidad es diferente de .50.

ji-cuadrada

$$\chi^2_{\text{calculada}} = 14.4$$

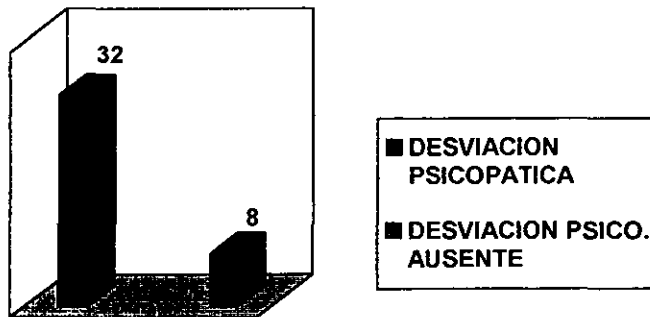
$$\text{Grados de libertad} = K - 1 = 1$$

$$\alpha = .05$$

$$\chi^2_{\text{Tabulada}} = 3.84$$

Dado que $3.84 < 14.4$, entonces se acepta la H1

Conclusión: Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes que presentan desviación psicopática significativa y el grupo de pacientes que presentan desviación psicopática no significativa de acuerdo con los criterios establecidos por el MMPI-2. Por lo tanto, la variable desviación psicopática es significativa en los pacientes alcohólicos desertores del tratamiento.



Gráfica 3

En la gráfica 3 se observan que las frecuencias obtenidas muestran una clara tendencia de los sujetos a la desviación psicopática significativa. Por otro lado, sólo 8 de los casos no presentaron desviación psicopática significativa.

AISLAMIENTO SOCIAL

N=40

AISLAMIENTO	<i>f_o</i>	<i>F_e</i>
NO SIGNIFICATIVO	15	20
SIGNIFICATIVO *	25	20

Tabla 4 Frecuencias observadas y esperadas de aislamiento social de pacientes alcohólicos desertores del tratamiento.

Media=56.6 D. Std.= 13.49 Varianza=177.44 Moda=58 Rango= 29 - 107

* El criterio de significancia y no significancia está basado en el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (Lucio y Ampudia, 1997).

Como se puede observar en la tabla 4, 25 de los pacientes desertores del tratamiento presentaron aislamiento social significativo de acuerdo a los criterios del MMPI-2; mientras que 15 presentaron aislamiento social no significativo de acuerdo a los criterios establecidos por el MMPI 2.

H0= No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los sujetos que presentaron aislamiento social significativo y aquellos que presentaron aislamiento social no significativo de acuerdo a los criterios establecidos por el MMPI-2. La probabilidad de ocurrencia es igual a .50.

H1= Existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que presentaron aislamiento social significativo y los que presentaron aislamiento social no significativo, de acuerdo a los criterios del MMPI-2. La probabilidad es diferente de .50.

ji-cuadrada

$\chi^2_{calculada} = 2.5$

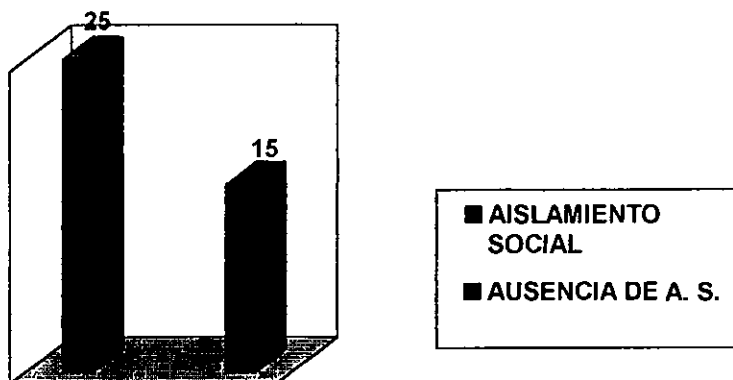
Grados de libertad= $K-1=1$

$\alpha = .05$

$\chi^2_{Tabulada} = 3.84$

Dado que $3.84 > 2.5$, entonces se acepta la H0

Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los pacientes que presentan aislamiento social significativo y aquellos que presentan aislamiento social no significativo. Por lo tanto, el aislamiento social no es significativo.



Gráfica 4

La gráfica 4 muestra como la variable aislamiento social significativo arroja una frecuencia de 25 de los casos, por otro lado sólo 15 de los casos no presentan aislamiento social significativo.

ACTITUD DE RECHAZO AL TRATAMIENTO

N=40

ACTITUD *	<i>fo</i>	<i>fe</i>	MODA
ACEPTACIÓN	21	20	
RECHAZO	19	20	

Tabla 5 Frecuencias observadas y esperadas de rechazo al tratamiento de pacientes alcohólicos desertores de tratamiento.

Media = 68.47 Rango = 37 - 93 Significancia = 71 ó más *

* El criterio de significancia lo establece el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (Lucio y Ampudia, 1997).

Como se puede observar en la tabla 5, 19 de los pacientes desertores mostraron una actitud de rechazo al tratamiento significativo de acuerdo a los criterios del MMPI-2; mientras que 21 no presentaron actitudes de rechazo al tratamiento significativas de acuerdo a los criterios establecidos por el MMPI-2.

H0= No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los sujetos con actitudes de rechazo al tratamiento y los del grupo que no presentó actitudes de rechazo al

tratamiento de acuerdo a los criterios del MMPI-2. La probabilidad de ocurrencia es igual a .50.

H1= Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos con actitudes de rechazo y el grupo de sujetos que no presentó actitudes de rechazo al tratamiento. La probabilidad es diferente de .50.

ji-cuadrada

$$\chi^2_{\text{calculada}} = 0.1$$

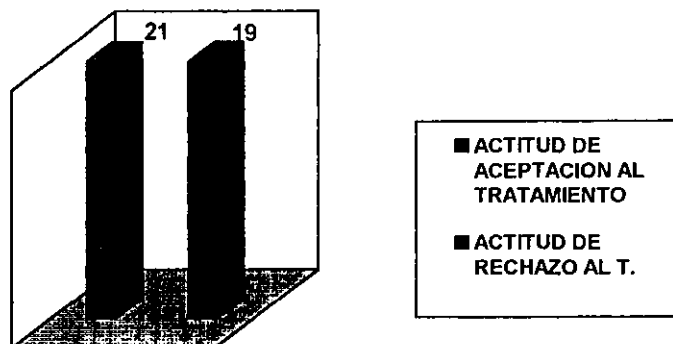
$$\text{Grados de libertad} = K - 1 = 1$$

$$\alpha = .05$$

$$\chi^2_{\text{Tabulada}} = 3.84$$

Dado que $3.84 > 0.1$, entonces se acepta la H0

Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los pacientes alcohólicos con actitudes de rechazo al tratamiento y el grupo de pacientes que no presentaron actitudes de rechazo al tratamiento. Por lo tanto, la actitud de rechazo al tratamiento no es significativa en los pacientes alcohólicos desertores del tratamiento.



Gráfica 5

Se puede observar en la gráfica 5, las frecuencias que arrojan los sujetos desertores del tratamiento, y en la cual no existen diferencias significativas entre los pacientes que muestran actitudes de rechazo al tratamiento (19) y los que no tienen actitudes de rechazo al tratamiento (21).

MOTIVACIÓN

N= 40

MOTIVACION	<i>f_o</i>	<i>f_e</i>
MOTIVADOS *	7	20
NO MOTIVADOS	33	20

Tabla 6 Frecuencias observadas y esperadas de motivación de pacientes alcohólicos desertores del tratamiento.

Media = 19.044 Rango = 0 - 71.125 D. std. = 24.761 Varianza = 613.107

* El criterio para establecer a los motivados está basado en la Escala de Motivaciones Psicosociales (Fernández, 1987).

Como se puede observar en la tabla 6, 33 de los pacientes desertores del tratamiento presentaron niveles de motivación aceptables, mientras que 7 de los casos presentaron bajos niveles de motivación, de acuerdo a la Escala de Motivaciones Psicosociales (Fernández, 1987).

H0= No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los sujetos motivados y los del grupo de sujetos no motivados, la probabilidad de ocurrencia es igual a .50.

H1= Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los sujetos motivados y los del grupo de sujetos que no están motivados. La probabilidad es diferente de .50.

ji-cuadrada

χ^2 calculada = 16.9

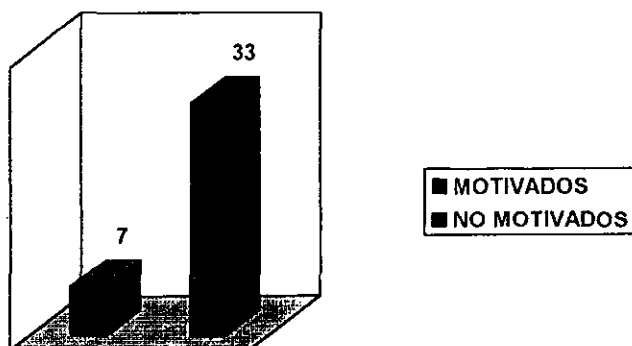
Grados de libertad = $K-1 = 1$

$\alpha = .05$

χ^2 Tabulada = 3.84

Dado que $3.84 < 16.9$, entonces se rechaza la H0

Conclusión: Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los pacientes motivados con el grupo de aquellos que no lo están. Por lo tanto, los pacientes en su mayoría no están motivados.



Gráfica 6

Resulta importante la alta frecuencia encontrada de pacientes no motivados (33 casos), mientras que, aquellos pacientes que mostraron adecuados niveles de motivación fueron la mínima parte, con sólo 7 de los casos.

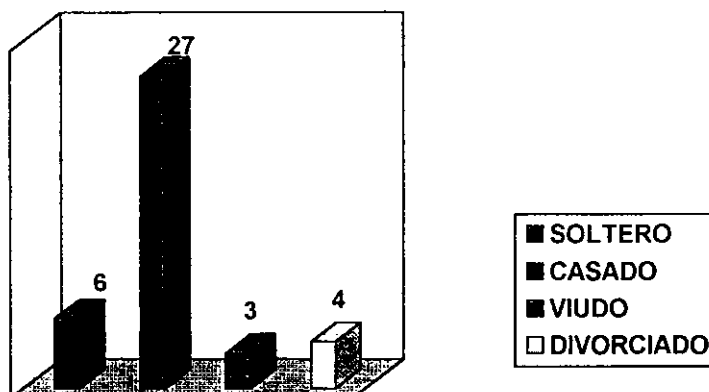
ESTADO CIVIL

N=40

EDO. CIVIL	f_x	%	
SOLTERO	6	15 %	
CASADO	27	67.5 %	MODA
VIUDO	3	7.5 %	
DIVORCIADO	4	10%	

Tabla 7 Frecuencias observadas y porcentajes de acuerdo al estado civil de pacientes alcohólicos desertores del tratamiento.

Media = 10 D. Std. = 9.87 Varianza = 97.5 Moda = Casado



Gráfica 7

La gráfica 7 muestra como principal característica de los sujetos el estar casados que representa el 67.5% de los casos (cabe mencionar que en esta categoría está incluida la "unión libre"). Por otro lado, resultaron bajos los porcentajes de aquellos sujetos que viven solos, divorciados, viudos, y solteros con el 10%, 7.5% y 15% respectivamente.

LOCUS DE CONTROL

N = 40

CATEGORIAS= 2

PUNTAJES	<i>fo</i>	<i>fe</i>	TIPO DE LOCUS
0 A 6*	14	20	LOCUS DE CONTROL INTERNO
7 A 25	26	20	LOCUS DE CONTROL EXTERNO

Tabla 8 frecuencias observadas y esperadas del locus de control que presentan pacientes alcohólicos desertores del tratamiento.

Media= 8.5 Rango= 0 - 25 D. Std. = 4.5 Varianza = 20.25

* El criterio de división entre interno y externo está dado por Koski-Jännes (1994).

Como se puede observar en la tabla 8, 26 de los pacientes desertores del tratamiento presentaron un Locus de control externo, mientras que los 14 restantes presentaron un Locus de control interno, de acuerdo a los criterios del D.R.I.E.

H_0 : No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los sujetos con Locus de control externo y los del grupo de Locus de control interno. La probabilidad de ocurrencia es igual a .50.

H_1 : Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los sujetos con Locus de control externo y los del grupo de Locus de control interno. La probabilidad de ocurrencia diferente de .50.

ji-cuadrada

$$\chi^2_{\text{calculada}} = 3.6$$

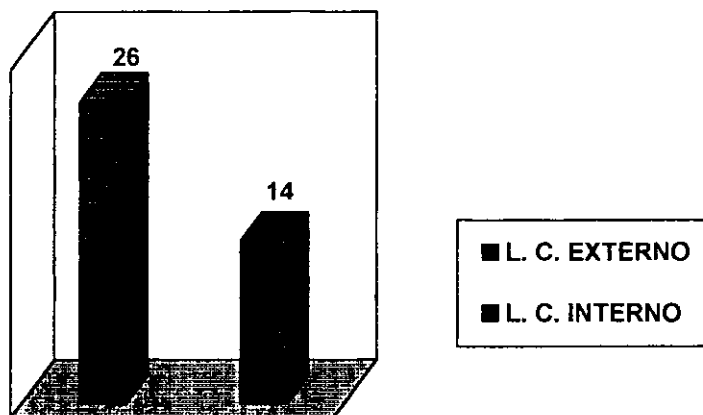
$$\text{Grados de libertad} = K - 1 = 1$$

$$\alpha = 0.05$$

$$\chi^2_{\text{Tabulada}} = 3.84$$

Dado que $3.84 > 3.6$ entonces se acepta la H_0

Conclusión: No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los pacientes con locus de control interno y los pacientes con locus de control externo, es decir el locus de control no fue significativo en los pacientes alcohólicos desertores del tratamiento.



Gráfica 8

Las frecuencias en la gráfica 8, muestran una clara disposición hacia el locus de control externo con 26 de los casos, mientras que 14 sujetos presentan un locus de control interno.

El locus de control externo indica que el paciente atribuye las consecuencias de su forma de beber alcohol, a factores ajenos a él, delega la responsabilidad a familiares, medio ambiente etc. Mientras que el locus de control interno por el contrario, indica que el paciente asume la responsabilidad de su forma de beber alcohol, y se sabe el causante de su situación actual, así como capaz de modificarla.

SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN

N=40

SEVERIDAD*	<i>f_o</i>	<i>f_e</i>
PRESENTE	13	20
AUSENTE	27	20

Tabla 9 Frecuencias observadas y esperadas de severidad de la adicción de los pacientes alcohólicos desertores de tratamiento.

* El criterio está dado por Stinnett y Schechter (1982).

Como se puede observar en la tabla 9, 27 de los pacientes desertores del tratamiento no presentaron severidad de la adicción, mientras que 13 mostraron severidad de la adicción de acuerdo al criterio dado por Stinnett y Schechter (1982).

H0= No existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de los sujetos con severidad de la adicción y los que no tienen severidad de la misma, en el grupo de pacientes alcohólicos desertores del tratamiento. La probabilidad de ocurrencia es igual a .50.

H1= Existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos con severidad de la adicción y los que no tienen severidad de la misma, en el grupo de pacientes alcohólicos desertores del tratamiento. La probabilidad es diferente de .50.

ji-cuadrada

$$\chi^2_{\text{calculada}} = 4.9$$

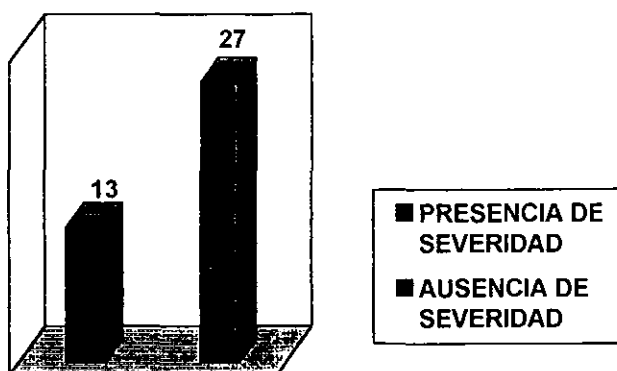
$$\text{Grados de libertad} = K - 1 = 1$$

$$\alpha = .05$$

$$\chi^2_{\text{Tabulada}} = 3.84$$

Dado que $3.84 < 4.9$, entonces se rechaza la H0

Dado que la ji-cuadrada encontrada es mayor que la ji-cuadrada tabular, entonces se concluye que existen diferencias estadísticamente significativas. Concluyendo que los pacientes en su mayoría, no presentan severidad de la adicción.



Gráfica 9

APARTADO II

En este apartado se exponen las variables continuas, edad y nivel educativo (número de años cursados en centros educativos consecutivamente). Cabe mencionar que el rango de edades cubierto no fue el idóneo, ya que los pacientes, siendo derechohabientes (trabajadores que acuden a un servicio al que tienen derecho), resultan principalmente adultos jóvenes, por lo tanto, no fue posible cubrir un rango amplio de valores de la variable.

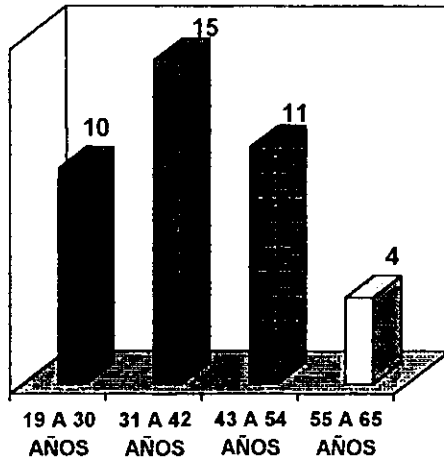
EDAD

N=40

EDAD	f_x	%	
DE 19 A 30 AÑOS	10	25%	
DE 31 A 42 AÑOS	15	37.5%	MODA
DE 43 A 54 AÑOS	11	27.5%	
DE 55 A 65 AÑOS	4	10 %	

Tabla 10 Frecuencias observadas y porcentajes de edad de pacientes alcohólicos desérticos del tratamiento.

Media = 40 años Rango = 19 - 65 años D. Std. = 11.95 Varianza = 142.80



Gráfica 10

El principal porcentaje de sujetos se encuentra localizado en la segunda categoría, es decir entre los 31 y 42 años con un porcentaje del 37.5% de los casos, seguido de la tercera categoría con el 27.5% de los casos que incluye a los sujetos entre los 43 y 54 años de edad.

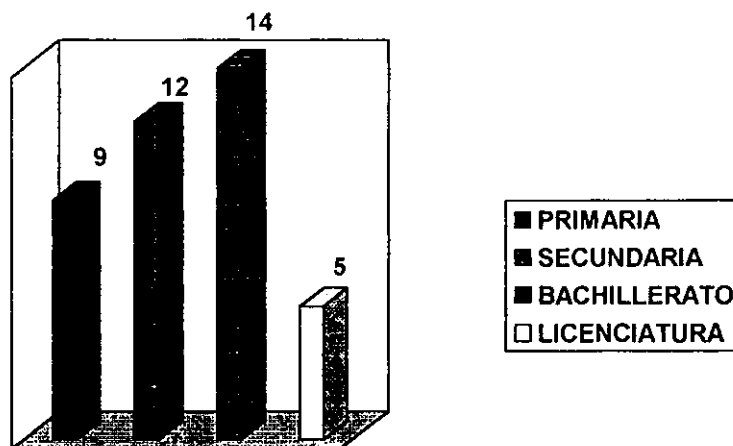
NIVEL EDUCATIVO

N=40

N. EDUCATIVO	f_x	%	
PRIMARIA	9	22 %	
SECUNDARIA	12	30 %	
BACHILLERATO	14	35 %	MODA
LICENCIATURA U OTRO	5	13 %	

Tabla 11 Frecuencias observadas y porcentajes de niveles de educación de pacientes alcohólicos desertores del tratamiento.

Media = 6.77 años de estudio D. Std. = 3.33 Varianza = 11.28



Gráfica 11

Los más altos porcentajes fueron los de bachillerato con el 35% de los casos, seguido de los pacientes que tenían estudios de secundaria con el 30% de los casos; finalmente primaria y licenciatura presentaron porcentajes inferiores del 22 y 13% respectivamente. Lo cual indica que los sujetos presentan estudios de nivel medio, y medio superior en promedio.

APARTADO III

En este apartado se muestra los resultados de la entrevista psicológica que fue la que se aplicó a los pacientes con el fin de conocer su historia de tratamiento, razones de abandono, percepción del servicio recibido.

DATOS DE LA ENTREVISTA

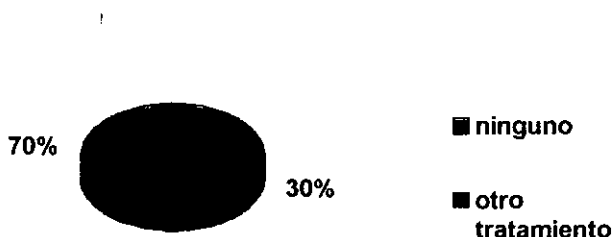
El instrumento consta de 8 reactivos. El análisis se realizó con los 40 sujetos, las preguntas fueron semi-estructuradas, las cuales exploran la historia de tratamiento, motivo de abandono al tratamiento, percepción y utilidad del servicio recibido y hospitalización debida al alcohol

1.- ¿Asiste o ha asistido a otro tipo de tratamiento fuera de la clínica "Tlatelolco" ?

N = 40 = 100 %

N = 12 = 30 % No asisten o no asistían a otro tipo de tratamiento

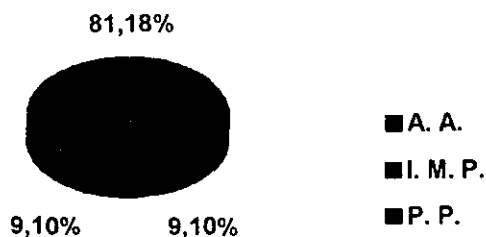
N = 28 = 70 % Pacientes que recibieron o reciben actualmente otro tratamiento



Gráfica 12

Se puede observar que la mayoría de los pacientes han abandonado por lo menos en una ocasión otros tratamientos o bien abandonaron la clínica "Tlatelolco" del I.S.S.S.T.E. recientemente para ingresar a un nuevo tratamiento, mientras que un porcentaje menor no había asistido a ningún tratamiento y en la actualidad no lo ha hecho.

Actualmente sólo el 27.5 % de los pacientes asisten a algún tipo de tratamiento.



Gráfica 13

AA = ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS. IMP = INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA, P.P. = PRÁCTICA PRIVADA.- PSIQUIATRÍA

Del 27.5% de los pacientes que actualmente asisten a tratamiento un 87% lo hace en alcoholicos anónimos y el resto en el IMP y práctica privada.

En este análisis se encontró que sólo 2 variables son significativamente diferentes en los 2 grupos, en el que sólo tomó el tratamiento de la clínica "Tlatelolco" y el que tomó un tratamiento adicional antes o después. Las variables que resultaron significativas fueron: Locus de control ($U = 81.0, p = .0165$) y Actitud de rechazo al tratamiento ($U = 84.0, p = .0215$).

En ambas variables, el grupo que obtuvo un promedio más alto en el puntaje fue el de los sujetos que asisten actualmente a otro tipo de tratamiento. Lo cual, quiere decir que la variable asistencia a otro tratamiento afectó sólo en 2 variables, y una de ellas no resultó significativa como característica de deserción: actitud de rechazo al tratamiento.

En las tablas 12 y 13 se muestran las medias y desviaciones estándar para los 2 grupos en locus de control y rechazo al tratamiento.

	Asisten actualmente	No asisten actualmente
Media	11.091*	7.517*
Desv. estándar	2.700	4.695

Tabla 12. Medias y desviaciones estándar del locus de control para el grupo asistente a otro tratamiento actualmente y el grupo que no asiste a otro tratamiento.

*Puntaje significativo (7 o más) de acuerdo a Koski-Jännes (1994).

	Asisten actualmente	No asisten actualmente
Media	79.909*	64.138
Desv. estándar	17.919	15.308

Tabla 13. Medias y desviaciones estándar del rechazo al tratamiento para el grupo asistente a otro tratamiento actualmente y el grupo que no asiste a otro tratamiento.

*Puntaje significativo (71 o más) de acuerdo al Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 (Lucio y Ampudia, 1997).

2.-¿Qué lo motivó a abandonar el tratamiento?

N = 40

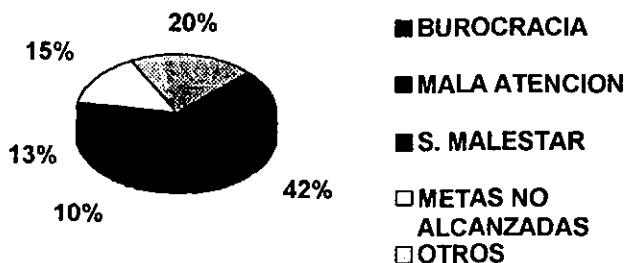
17= 42% BUROCRATISMO

4 = 10% MALA ATENCIÓN

5 = 13% SENTIMIENTO DE MALESTAR

6 = 15% METAS NO ALCANZADAS

8 = 20% OTROS



Gráfica 14

Se puede observar claramente en la gráfica 14, que la burocracia presenta el porcentaje más alto entre los motivos para dejar el tratamiento con el 42% de los casos. Los sujetos

entendieron por burocracia todos aquellos factores relacionados con la política de la institución, tales como: presentación de talón de pago, limitación del servicio a no derechohabientes, despedidos etc. Le siguen “otros” motivos variados y bajos en frecuencia ya que se presentaron casos aislados tales como: distancia, tiempo, desgano, olvido de documentos, incapacidad física para asistir, todos en un porcentaje del 20%.

Metas no alcanzadas es la tercera respuesta mencionada con frecuencia 15%, se refiere principalmente a que, a criterio del paciente éste no logró sus objetivos durante el tiempo que permaneció en terapia, es decir, no logró abstenerse o reducir su consumo de alcohol, tomando finalmente la decisión de abandonar el tratamiento.

Sentimientos de malestar se encuentra en la penúltima posición en frecuencia para dejar el tratamiento con el 13% de los casos, se refiere principalmente a falta de empatía con el médico, sentimientos de incomprensión, e inadecuación del tratamiento.

Por último tenemos con un 10% mala atención, se refiere a falta de información al paciente, falta de amabilidad de parte del personal, larga espera para proporcionar el servicio.

No existe gran variabilidad entre los sujetos aunque es mayor en aquellos pacientes que consideraron que su tratamiento fue inútil.

3.-¿Qué es lo que más le agradó de las sesiones a las que asistió?

NADA = 27%

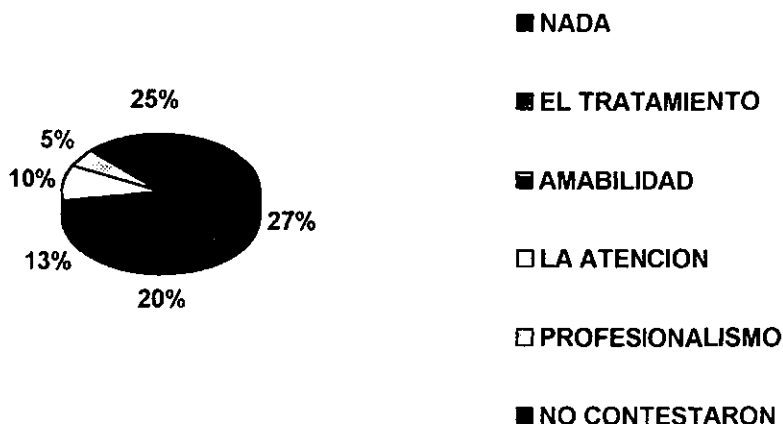
EL TRATAMIENTO = 20%

LA AMABILIDAD = 13%

LA ATENCION = 10%

PROFESIONALISMO= 5%

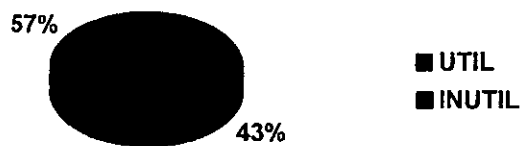
NO CONTESTARON = 25%



Gráfica 15

Este reactivo se caracterizó principalmente por no ser contestado o bien utilizando respuestas tajantes y excluyentes tales como “nada” respuesta más frecuente, en tercer lugar con el 20% de los casos los pacientes manifestaron agrado por el tratamiento que se les proporcionaba, en menor medida se dieron respuestas tales como la amabilidad de los médicos y la atención respectivamente; finalmente la respuesta menos frecuente fue profesionalismo con el 5% de los casos.

4.- ¿Cuál fue la utilidad del tratamiento?



Gráfica 16

Cabe mencionar que las respuestas originales eran 3 : ÚTIL, SIN EFECTO E INÚTIL, sin embargo, dado que “sin efecto” es equivalente a inútil se fusionaron la dos respuestas.

Aquellos pacientes que consideraron inútil el tratamiento, reportaron no haberse beneficiado de él, ni en su manera de beber ni en su vida personal. Por el contrario aquellos que lo consideraron útil manifestaron haber controlado su manera de beber o bien haberse beneficiado del tratamiento en otros aspectos de su vida personal.

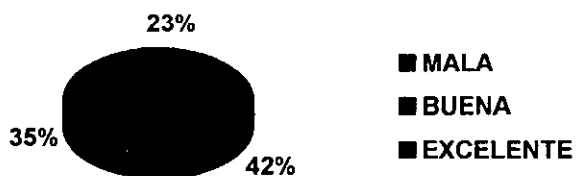
5.-¿La calidad del servicio que usted recibió fue?

N= 40 100%

MALA = 17 42.5%

BUENA = 14 35%

EXCELENTE = 9 22.5%



Gráfica 17

Si bien, un alto porcentaje de pacientes respondieron que el servicio que se les había proporcionado no era bueno, la mayoría consideró lo contrario es decir de bueno a excelente.

6.- ¿El tiempo que usted invirtió en el tratamiento fue?

N= 40 100%

EXCELENTE =14---35%

ADECUADO =15---37.5%

INSUFICIENTE=11----27.5%



Gráfica 18

Se puede observar en la gráfica 18, que en general los pacientes consideraron que su participación en cuanto a asistencias había sido el correcto; sólo un 28% de los pacientes consideraron lo contrario, es decir, que no habían dedicado el tiempo suficiente a su tratamiento y a sus tareas, tales como el consumo de su medicamento (falta de recursos económicos, incredulidad del beneficio que pudiera aportarle).

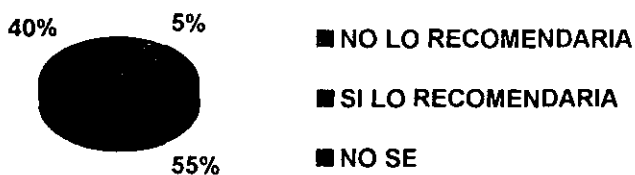
7.- ¿Recomendaría usted éste servicio a una persona alcohólica?

N=40 100%

NO LO RECOMENDARÍA 22 55%

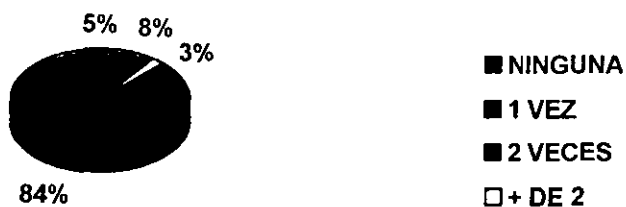
SI LO RECOMENDARÍA 16 40%

NO LO SÉ 2 5%



Gráfica 19

8.- ¿En los últimos seis meses cuántas veces estuvo en el hospital por problemas relacionados al alcohol?



Gráfica 20

Las hospitalizaciones incluyen accidentes automovilísticos, riñas, fracturas etc.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

DISCUSION

La conciencia de enfermedad, es aquella que indica la capacidad que tiene el paciente alcohólico para percibir su problemática en cualquiera de sus formas, biológica, psicológica o social (Fabela y Nava, 1981). La categoría 1, se compone de aquellos sujetos que considera que su forma de beber no es un problema, es decir, se encuentra ausente la conciencia de enfermedad, así como la categoría 2, la cual se compone de aquellos sujetos que considera su forma de beber como un pequeño problema. Las categorías restantes consideran que su manera de beber es desde un problema menor hasta un problema muy grave, lo cual es un indicador de conciencia de enfermedad. Se encontró que la mayoría de los pacientes perciben su problema como menor, grave y muy grave, la distinción entre aquellos pacientes que consideran su problema como pequeño y los que lo consideran menor (categoría 3), es el hecho de considerar que a estos últimos les ha traído consecuencias negativas, se percatan de las consecuencias de su manera de beber a pesar de aminorar el problema, también se incluye las categorías 4 y 5, en las cuales los sujetos consideran su problema de grave a muy grave, esto indica que 31 de los sujetos muestran una conciencia de enfermedad de moderada a alta, sin embargo, no discriminó en el grupo de pacientes alcohólicos desertores de tratamiento, lo cual no concuerda con los resultados obtenidos por Baekeland y Lundwall (1975) y Midanik (1980), quienes encontraron que aquellos pacientes que perciben mejor su manera de beber como problemática, es decir, muestran altos niveles de conciencia de enfermedad, tienden a ser más probables para abandonar el tratamiento.

En relación al índice de depresión, obtenidos por Huber y Danahy (1975), Krasnoff (1977) y Sheppard y cols. (1988) quienes señalan que no existen diferencias significativas entre los síntomas depresivos de desertores y asistentes, en la presente investigación se muestran que 19 pacientes no muestran síntomas depresivos; mientras que 21 pacientes muestran niveles de depresión significativos. Lo cual indica resultados similares entre desertores y no desertores. Concluyendo que, en la presente investigación la depresión no es significativa entre los pacientes desertores.

Por otra parte, la desviación psicopática resultó una de las variables con mayor frecuencia entre los sujetos desertores del tratamiento ya que dicha variable la presentaron significativamente 32 de los sujetos y sólo 8 de los sujetos resultaron exentos de dicha puntuación significativa, lo cual señala que los resultados son semejantes a los encontrados por otras investigaciones (Altman y cols., 1972; Babst y cols., 1971; Baekeland y Lundwall, 1975; Booth, Cook y Blow, 1992; Huber y Danahy, 1975; Lin, 1975; Miller y cols., 1968; Perkins y Block, 1971; Quatrone, 1973; Sheppard y cols., 1988), en las que se encontró que los grupos con más altos índices de deserción presentaban altos niveles de desviación psicopática.

Existe una amplia investigación respecto a la relación entre alcoholismo y desviación psicopática (Globetti, 1972; Grande, Wolf y Schubert, 1984; Hesselbrock, Meyer y Keener, 1985; Rund, Sumers y Levin, 1981; Schuckit, 1985; Spalt, 1979; Virkkunen, 1979) la cual

sostiene que los alcohólicos principalmente jóvenes están casi siempre involucrados en problemas legales y despliegan conductas tales como robo, ausencia laboral, violencia intrafamiliar, exhibicionismo, etc., ya que tienen poco control de impulsos, problemas con la autoridad y dificultades interpersonales, siendo éstas dos últimas características las que explican la razón por la cual los alcohólicos dejan definitivamente el tratamiento profesional y optan por otro tipo de tratamiento, como grupos de auto-ayuda (en los cuales hay una cierta igualdad de rol intragrupal), ya que como los alcohólicos tiene en general dificultades interpersonales y con figuras de autoridad, también las tienen con los terapeutas y de esta manera abandonan el tratamiento, y muy probablemente en una forma impulsiva (sin considerar tal deserción en una forma reflexiva, sin tomar en cuenta los pros y contras de dicho abandono).

Otro resultado interesante se encontró en la variable aislamiento social, la cual no fue significativa en el grupo de los pacientes alcohólicos desertores del tratamiento. Estos resultados apoyan los obtenidos por Huber y Danahy (1975), Krasnoff (1977) y Sheppard y cols. (1988)). Sin embargo, los presentes resultados se contraponen con los encontrados por Baekeland y Lundwall (1975), Cook, Loveland, Blow y McAleeman (1994), Cummings (1975), Maciel y Romero (1996) y Miller y cols., (1968), quienes al aplicar el MMPI, encontraron puntuaciones significativas en pacientes desertores a tratamiento en esta escala.

Por otra parte, la motivación que es un componente crítico del tratamiento de alcoholismo (Cook y cols., 1994; Gossop, 1972; John, 1985; Krampen, 1989; Lemere y cols., 1958; Ryan y cols. 1995; Simpson y Joe, 1993; Steinberg, Epstein, McCrady y Hirsch, 1997), en la presente investigación, la mayoría de los pacientes no estaban motivados. Esta es una de las razones más frecuentes para que un paciente abandone el tratamiento, recaiga y no lo aproveche.

Así mismo, el índice de actitud de rechazo al tratamiento no fue significativo. Dicho resultado muestra incompatibilidad con los obtenidos por Kaul y Bender, (1986); Woods y Melnick, (1979), en el sentido que actitudes negativas hacia el tratamiento provocan altos niveles de deserción. Sin embargo, la mitad de los pacientes no rechazó el tratamiento, manifestando que éste le resultó de utilidad, que el servicio le pareció entre bueno y excelente y sí lo recomendarían. Aunque estas respuestas parecen contradictorias con la conducta de abandonar el tratamiento, la explicación se puede encontrar en el hecho de que los pacientes que presentan estas respuestas tienen un historial de abandono al tratamiento, presentan niveles no significativos de severidad de la adicción y bajos niveles de motivación para el tratamiento. Por ello se puede inferir que la actitud del paciente es resultado de una incapacidad para llevar a cabo las indicaciones del médico, que eran principalmente de tipo farmacológico ya que el paciente manifiesta racionalización, argumentando que es capaz de solucionar su problema por sí mismo y excluyendo de toda la responsabilidad a la clínica.

Por otro lado, 26 de los sujetos tienen un locus de control externo y sólo 14 tienen un locus de control interno; lo cual indica que los pacientes que desertan del tratamiento atribuyen a factores ajenos a sí mismos, las causas de los acontecimientos relacionados con su forma de beber, no se responsabilizan de su consumo de alcohol, es decir culpan a los

demás de su forma de beber. Sin embargo, los resultados presentes no concuerdan con los obtenidos por Jones, (1985); Prasadarao y Mishra, (1992); Walker, Van Ryn, Frederick, Reynolds y O'Leary (1980), quienes encontraron que aquellos pacientes con locus de control relacionado con el alcoholismo externo, presentaban mayor probabilidad de abandonar el tratamiento que aquellos con locus de control relacionado con el alcoholismo interno.

Con relación a las variables demográficas se encontró que los pacientes son principalmente adultos entre los 31 y 54 años, es decir, "adultos jóvenes y maduros", no se pueden tomar estos porcentajes como significativos debido a su distribución.

El estado civil también resultó una variable importante en la presente investigación ya que se presentó una frecuencia mayor de pacientes casados.

Con respecto al nivel educativo se encontró que los niveles medio, y medio superior presentan las más altas frecuencias.

Por lo que se refiere a la severidad del alcoholismo, se encontró significativamente baja en los pacientes alcohólicos desertores del tratamiento, lo cual es concordante con lo encontrado por Öjehagen y Berglund (1986), quienes encontraron que los pacientes desertores no mostraban severidad del alcoholismo.

Finalmente los datos obtenidos en la entrevista señalan información importante, como el hecho, de que el 70% de la muestra había asistido o asistía a un tratamiento distinto al de la clínica "Tlatelolco" del I.S.S.S.T.E., lo cual indicaba que estos pacientes habían sido desertores de más de un tratamiento, lo cual pudiera interpretarse como otra variable, ya que el hecho de asistir a otro tipo de tratamiento puede modificar los resultados, por ello se confrontaron el grupo que no asistió a otro tratamiento en la clínica "Tlatelolco" con el grupo que si lo hizo, o que en la actualidad pudiera estar asistiendo a otro tratamiento, se revisaron las diferencias, las cuales sólo resultaron significativas en dos variables tales como actitud de rechazo al tratamiento y en locus de control, sin embargo, actitud de rechazo al tratamiento no resultó significativa como variable de deserción, por lo tanto sólo locus de control pudo ser sesgado por otro tipo de tratamiento.

En cuanto a las razones por las que se abandonó el tratamiento, el burocratismo fue la principal causa, y esto no es extraño, si se toma en cuenta que las clínicas gubernamentales tienen altos índices de demanda del servicio y por ello es necesario el requerimiento de determinadas condiciones, ello aunado a la baja tolerancia a la frustración de los pacientes, así como a una asistencia a tratamiento por obligación, muestra la lógica del abandono del tratamiento, en el cual el paciente ante la cantidad de requerimientos no tolera el procedimiento y la estancia en el mismo aún cuando no intervengan otros factores tales como depresión o la actitud de rechazo al tratamiento, como lo señalan Leigh y cols. (1984), Rees y cols. (1984) y Wanberg y Jones (1973).

CONCLUSIONES

La deserción al tratamiento como una conducta humana debe ser considerada desde un punto de vista multifactorial ya que considerarla como un evento aislado resulta insuficiente, por ello se consideraron diversos factores en la presente investigación, dentro de los cuales se puede afirmar que: las principales variables criterio que presentan los pacientes alcohólicos desertores del tratamiento son: no presentan motivación, son casados, presentan desviación psicopática significativa y no presentan severidad de la adicción. Consideran que la razón principal de abandono del tratamiento fue el burocratismo de la clínica.

Tal lineamiento del perfil del paciente alcohólico desertor podrá servir a futuras investigaciones para así poder identificar aquellos pacientes que estén en alto riesgo de abandonar su tratamiento. Esto se puede lograr mediante la evaluación inmediata de nuevos pacientes admitidos a las instituciones, por medio del MMPI-2, especialmente la escala desviación psicopática, así como la evaluación de su severidad del alcoholismo y la motivación.

SUGERENCIAS

Posteriormente de su identificación se podrán tomar medidas tales como:

1. Asignación de un tratamiento de acuerdo a las características de personalidad del paciente. Por ejemplo, para el tratamiento de alcohólicos con desviación psicopática se recomienda una terapia de tipo cognitivo-conductual como lo indica Beck y cols. (1995). Para el establecimiento adecuado de un rapport en el cual el terapeuta no debe asumir una posición de control hacia el paciente con el fin de evitar las luchas de poder.

El trabajo con que presentan desviación psicopática muestran una serie de vicisitudes en el ámbito terapéutico. Por ello se debe llevar a cabo una serie de estrategias tales como:

- 1.1.- La descripción de cómo las cogniciones del paciente afectan su conducta de beber. Esto es llevado a cabo mediante ejemplos, modelos en los cuales muestran cómo se mezclan sus pensamientos y sentimientos.

- 1.2.- Propiciar el desarrollo de la confianza. Tomando en cuenta la postura de desafío del alcohólico con desviación psicopática, y que muestra actitudes de oposición, se debe considerar una actitud de credibilidad y confianza de parte del terapeuta con el paciente.

CONCLUSIONES

La deserción al tratamiento como una conducta humana debe ser considerada desde un punto de vista multifactorial ya que considerarla como un evento aislado resulta insuficiente, por ello se consideraron diversos factores en la presente investigación, dentro de los cuales se puede afirmar que: las principales variables criterio que presentan los pacientes alcohólicos desertores del tratamiento son: no presentan motivación, son casados, presentan desviación psicopática significativa y no presentan severidad de la adicción. Consideran que la razón principal de abandono del tratamiento fue el burocratismo de la clínica.

Tal lineamiento del perfil del paciente alcohólico desertor podrá servir a futuras investigaciones para así poder identificar aquellos pacientes que estén en alto riesgo de abandonar su tratamiento. Esto se puede lograr mediante la evaluación inmediata de nuevos pacientes admitidos a las instituciones, por medio del MMPI-2, especialmente la escala desviación psicopática, así como la evaluación de su severidad del alcoholismo y la motivación.

SUGERENCIAS

Posteriormente de su identificación se podrán tomar medidas tales como:

1. Asignación de un tratamiento de acuerdo a las características de personalidad del paciente. Por ejemplo, para el tratamiento de alcohólicos con desviación psicopática se recomienda una terapia de tipo cognitivo-conductual como lo indica Beck y cols. (1995). Para el establecimiento adecuado de un rapport en el cual el terapeuta no debe asumir una posición de control hacia el paciente con el fin de evitar las luchas de poder.

El trabajo con que presentan desviación psicopática muestran una serie de vicisitudes en el ámbito terapéutico. Por ello se debe llevar a cabo una serie de estrategias tales como:

1.1.- La descripción de cómo las cogniciones del paciente afectan su conducta de beber. Esto es llevado a cabo mediante ejemplos, modelos en los cuales muestran cómo se mezclan sus pensamientos y sentimientos.

1.2.- Propiciar el desarrollo de la confianza. Tomando en cuenta la postura de desafío del alcohólico con desviación psicopática, y que muestra actitudes de oposición, se debe considerar una actitud de credibilidad y confianza de parte del terapeuta con el paciente.

1.3 - Tomando en cuenta los patrones cognitivos de dichos pacientes, evitar que éstos intertieran con el sabotaje del tratamiento.

1.4 - Cuando se trate de un paciente con desviación psicopática, el terapeuta deberá hacer entender al paciente que se trata de un trastorno de estilo de vida que se inició en su infancia o adolescencia temprana y que se ha venido desarrollando a través del tiempo, y esto le ha traído consecuencias negativas. Así mismo, le hará ver que quienes padecen este tipo de trastorno, difícilmente identifican sus síntomas y sólo pueden llegar a percatarse hasta que estos están muy avanzados. Después de dicha explicación, el terapeuta mostrará al paciente en qué consiste y como se llevará a cabo la terapia, decidiendo éste último continuar o no tal terapia. Llevado a cabo esto, se deberá notar al paciente, que la terapia puede ser prolongada, es decir más de 20 o 30 sesiones de acuerdo al caso de que se trate y desde luego esto dependerá de la severidad del trastorno o la adicción.

1.5 - El terapeuta deberá tener como objetivo, hacer entender al paciente la importancia de sus elecciones o decisiones y enseñarle estrategias cognitivas que lo lleven a alcanzar sus objetivos los cuales pueden ser autocontrol de su consumo de alcohol (abstinencia total o consumo moderado). Esto se logrará al paciente a través de las enseñanzas de actuar y pensar de forma diferente que le enseñará el terapeuta.

1.6 - Si el terapeuta trata de mostrarse impenetrable y duro ante la posible manipulación del paciente alcohólico con desviación psicopática posiblemente el paciente se sentirá desafiado a demostrar que ese terapeuta es manipulable.

El resumen de lo anterior se presenta con 4 puntos principales:

I.- Promoción del rapport y evitación del alejamiento del paciente. Es necesario que el terapeuta se muestre amistoso e inteligente y nunca autoritario.

II.- Cuando la relación muestre desconfianza, distanciamiento, compasión o una actitud de superioridad por parte del terapeuta, esto proveerá reacciones adversas en el paciente.

III.- El terapeuta deberá tener cuidado de no mostrar reacciones emocionales con pacientes de este tipo, tales como desconfianza, cólera, desesperanza y frustración; luchar con un paciente y tratar de atraparlo en la mentira hace que el terapeuta termine enojado con ese paciente lo cual puede indicar su propio moralismo y su deseo de castigar al propio paciente por su mala conducta.

IV.- Se deberá tener cuidado con éste tipo de pacientes alcohólicos de consulta externa, que generalmente tienen un estilo de vida parasitaria, ya que estos abandonan el tratamiento después de una o dos sesiones, cuando se dan cuenta que el terapeuta no caerá en trampas obvias. Por todo lo anterior se deberá tener cuidado con éste tipo de pacientes. Esto no desanimará al terapeuta ya que si bien el paciente con desviación psicopática nunca

sigue las reglas de la sociedad, a causas de sus actitudes internas, si es posible que pueda aprender a reconocer alguna de las ventajas de revisar su conducta y desde luego tener en cuenta a las personas que le rodean.

En caso de pacientes con poco nivel de motivación, la tarea del terapeuta será utilizar estrategias para que el paciente permanezca dentro del tratamiento y en forma activa que le permita alcanzar sus objetivos, como lo señala Scott, Williams y Beck, (1995), las cuales ayudara a los pacientes cambiar de actitud contemplativa a la actitud de tomar la iniciativa para hacer cambios importantes en su vida. Los objetivos de este técnica llamada intervención motivacional son los siguientes:

- 1 - Hacer conciencia de enfermedad en los alcohólicos.
- 2 - Uso de disonancia cognoscitiva.
- 3.- Ayudar en la decisión para el cambio del problema conductual.
- 4.- Mejorar la autoestima y autoeficacia para incentivar al paciente de que puede lograr ésta nueva meta.

Esta técnica está basada en la examinación detallada de los pros y contras del consumo de alcohol, de ésta manera el paciente se encuentra en una disonancia cognoscitiva y cuya importancia en las aspectos negativos del uso de alcohol son altamente relevantes. Además el terapeuta intenta ser tan empático como sea posible para influir el cambio

2. Llevar a cabo acciones adecuadas para el establecimiento de una buena adherencia terapéutica. Si bien, la empatía y la calidez son importantes para una buena relación terapéutica no son suficientes ya que si se toma en cuenta los factores interpersonales estos resultan más importantes que afectan la terapia misma, por ello requiere un constante monitoreo. Ya que los alcohólicos usualmente tienen reacciones dicotómicas con los que están a su alrededor (incluyendo al terapeuta). Buscan persuadir a sus amigos para que se coludan con ellos en su adicción o bien presentan la reacción de antipatía total con ellos. De ahí la necesidad de que un terapeuta se muestre sutil y entienda perfectamente el punto de vista de las circunstancias del paciente ya que dichas distorsiones tales como “puedo tratar este problema muy bien”, “no es un problema grave” tratan de manipular al terapeuta. Por ello se sugiere para establecer una relación terapéutica adecuada los siguientes lineamientos:

- 2.1.- Evitar moralización.
- 2.2.- Tratar al paciente seriamente en todo momento.
- 2.3.- Mostrar comprensión y entendimiento con el paciente aún cuando se esté en desacuerdo con él.

- 2.4.- Mostrar flexibilidad en la puntualidad de las citas, sin que sea exagerada
- 2.5.- Ser confiable aun cuando el paciente no demuestre serlo.
- 2.6 - Si ocurre que el paciente le ha mentado, considérela como un producto de la experiencia dolorosa y no como algo personal.
- 2.7.- Pero no permita que el paciente se vaya con la impresión de que lo engañó.

La relación de colaboración entre el terapeuta y el paciente es establecida de una manera prolongada para prevenir problemas interpersonales. Una vez que la relación confiable sea establecida, la adicción puede ser definida como un problema el cual paciente y terapeuta puedan trabajar juntos.

3. Averiguar si el paciente ya ha desertado de otro tratamiento. En caso afirmativo, explorar las razones de dicha deserción y trabajar con él este punto a lo largo del tratamiento.

El alcoholismo resulta ser uno de los problemas principales en materia de salud pública. sin embargo, la creación de centros de atención resulta insuficiente, si a esto se suma la escasa solicitud de tratamiento por parte de pacientes alcohólicos, encontrar centros que cuenten con un servicio especializado de atención a pacientes resulta una tarea difícil, ya que en nuestro país existen pocas instituciones encargadas del problema de alcoholismo, por ello resulta difícil realizar una investigación. Sin embargo, conocer las distintas vertientes que se presentan en el ámbito terapéutico resulta difícil, así mismo el cuidado que merece el paciente resulta otra limitante para el estudioso de la conducta, ya que el acceso a los mismos está celosamente resguardado.

LIMITACIONES

A pesar del apoyo que en todo momento proporcionó la clínica “Tlatelolco”, no fue posible aumentar el tamaño de la muestra y poder conservar la investigación como estaba planeada originalmente. Sin embargo, se procuró en todo momento mantener la investigación siempre apegada a los lineamientos y requerimientos necesarios para conservar su valor científico y obtener los resultados que permitirán tener un panorama más amplio de este tema, que aunque complicado para su investigación es inmensamente interesante.

Para futuras investigaciones al respecto, se sugiere ampliar el tamaño de la muestra de tal manera que sea posible presentar un mínimo de 10 sujetos por cada variable examinada, así como incluir aquellas variables que no fue posible tomar en cuenta, como son: edad, estado civil, nivel educativo, género, duración del tratamiento, tipo de tratamiento, apoyo familiar o conyugal. Así mismo, poder examinar tanto a pacientes asistentes como a desertores en sus distintas categorías: inmediatos, rápidos y tardíos para tener la posibilidad de comparar distintos grupos y estar más claros con relación a las características propias de los desertores. Además de hacer un análisis cualitativo de la tipología del paciente alcohólico desertor. Esto permitiría plantear de forma más precisa estrategias de prevención de deserción en tratamientos para pacientes alcohólicos.

ANEXO 1

ESCALA DE LOCUS DE CONTROL RELACIONADO CON EL ALCOHOLISMO (DRIE)

INSTRUCCIONES:

De cada par de frases, elija la que más se ajuste a sus creencias o conductas.

1a - La gente bebe porque las circunstancias forzan hacerlo.

1b - Una de las mayores razones del porqué la gente bebe es debido a que no pueden manejar sus problemas.

2a - La idea de que hombres o mujeres son forzados a beber por sus cónyuges es un disparate.

2b - La mayoría de la gente no se da cuenta que los problemas de beber alcohol están influenciados por sucesos accidentales.

3a - Me siento tan indefenso(a) en algunas situaciones que necesito un trago.

3b - La abstinencia es sólo una cuestión de decidir que ya no más necesito beber.

4a - Tengo la fortaleza de resistir las presiones en el trabajo.

4b - Los problemas en el trabajo o en la casa me conducen a beber.

5a - Sin las correctas interrupciones uno no puede permanecer sobrio(a).

5b - Los alcohólicos que no tienen éxito en refrenar su beber a menudo no han aprovechado la ayuda que está disponible.

6a - No existe cosa semejante como una tentación irresistible para beber.

6b - Muchas veces hay circunstancias que lo(a) forzan a beber.

7a - Me preocupo fácilmente sobre discusiones sin importancia que me provocan tomar.

7b - Usualmente puedo manejar discusiones sin tomar un trago.

8a - El superar exitosamente el alcoholismo es una cuestión de trabajarlo muy duro, la suerte tiene poca importancia.

8b - El estar sobrio(a) depende principalmente de cosas que van bien para usted.

9a - Cuando veo una botella, no puedo resistir el tomar un trago.

9b - Para mí, no es más difícil resistir un trago cuando estoy cerca de una botella que cuando no estoy cerca.

10a.- La persona promedio tiene la decisión de beber o no beber.

10b.- Frecuentemente, otras personas lo(a) conducen a beber.

11a.- Es imposible para mí resistir el tomar si estoy en una fiesta donde otros están tomando.

11b.- Cuando estoy en una fiesta donde otros están tomando, no puedo evitar el tomar un trago.

12a.- El dejar de beber depende de mucho esfuerzo y trabajo (la suerte tiene poca o ninguna importancia para lograrlo).

12b.- Aquellos que son exitosos en dejar la bebida son los únicos que son afortunados.

13a.- Me siento impotente para evitar beber cuando estoy ansioso(a) o me siento infeliz.

13b.- Si realmente quisiera, yo podría dejar de beber.

14a.- Es fácil para mí tener una ocasión agradable cuando estoy sobrio.

14b.- No puedo sentirme bien a menos de que esté bebiendo.

15a.- Por lo que se refiere a la bebida, la mayoría de nosotros somos víctimas de fuerzas que no podemos entender o controlar.

15b.- Al tomar una parte activa en nuestro tratamiento, nosotros podemos controlar nuestro beber.

16a.- Yo tengo control sobre mi conducta de beber.

16b.- Me siento completamente indefenso(a) cuando llego a resistir un trago.

17a.- Es imposible para algunas personas dejar para siempre la bebida.

17b.- Si la gente quiere con bastante urgencia, puede cambiar su conducta de beber.

18a.- Con bastante esfuerzo podemos vencer a la bebida.

18b.- Es difícil para los alcohólicos tener mucho control para beber.

19a.- Si alguien me ofrece un trago, no puedo negárselo.

19b.- Yo tengo la fortaleza de rechazar un trago.

20a.- Hay una relación directa entre como la gente trata difícilmente dejar de beber y su éxito al lograrlo.

20b.- Algunas veces no puedo entender como la gente puede controlar su beber.

21a.- Una vez que empiezo a beber no puedo parar.

21b.- Yo puedo superar mi deseo de beber.

22a.- El beber alcohol no es necesario para resolver mis problemas.
22b.- Simplemente no puedo manejar mis problemas a menos de que primero tome un trago.

23a.- La mayor parte del tiempo no puedo entender porque continuo bebiendo.
23b.- A la larga, soy responsable de mis problemas de beber alcohol.

24a.- Si ordeno mi mente, puedo dejar de beber.
24b.- No tendré voluntad cuando llegue a beber.

25a.- El beber es mi forma favorita de diversión.
25b.- No me aburriría si nunca pudiese tener otro trago.

ANEXO 2

ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Estado civil:

Por favor, elija la alternativa que mejor describa su manera de beber durante los últimos 6 meses.

(1) No es un problema.

(2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no he tenido ninguna experiencia o consecuencia negativa).

(3) Es un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero considero que ninguna de ellas fue seria).

(4) Es un problema grave (he tenido algunas experiencias negativas de las cuales considero que fueron serias).

(5) Es un problema muy grave (he tenido algunas experiencias con consecuencias negativas, de las cuales por lo menos 2 considero que fueron serias).

Respuesta _____

Motivos _____

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre sus hábitos de beber, marcando con una X la elección escogida que mejor describa su costumbre de beber. Cada pregunta se refiere a algún aspecto de su conducta de beber que ha ocurrido durante el pasado mes.

Beber Diario

En los días en que usted bebe alcohol, qué tanto toma de las siguientes bebidas?

Destilados (ginebra, whisky, vodka):

0-----0 tragos por día.

1-----1-4 tragos por día.

2-----5-15 tragos por día.

3-----1 litro a 5 litros por día.

4-----Más de 5 litros por día.

Cerveza

0-----0 botellas o latas por día.

1-----1 a 4 botellas o latas por día.

2-----5 a 14 botellas o latas por día.

3-----15 a 23 botellas o latas por día.

4-----24 (una caja) o más por día.

Vino

0-----0 vasos de vino por día.

1-----1 a 4 vasos de vino por día.

2-----1 litro a 2 litros por día.

3-----2 litros a 3 litros por día.

4-----Más de 3 litros por día.

Frecuencia de Ingesta

Durante el mes pasado de beber alcohol, cuántos días tomó alguna bebida alcohólica?

0-----No tomé en absoluto.

1-----Tomé alguna bebida alcohólica entre 1 y 5 días del mes.

2-----Tomé alguna bebida alcohólica entre 6 y 10 días del mes.

3-----Tomé alguna bebida alcohólica entre 11 y 20 días del mes.

4-----Tomé alguna bebida alcohólica entre 21 y 30 días del mes.

Frecuencia de Intoxicación

Durante el mes pasado de beber alcohol, cuántos días del mes se ha emborrachado o ha bebido de tal forma que obviamente le ha afectado su capacidad para funcionar?

0-----No me he emborrachado en absoluto durante el mes.

1-----Me emborraché entre 1 y 5 días del mes.

2-----Me emborraché entre 6 y 10 días del mes.

3-----Me emborraché entre 11 y 20 días del mes.

4-----Me emborraché entre 21 y 30 días del mes.

Beber por la Mañana

Cuántos días durante el mes pasado de beber alcohol, bebió en la mañana (por instancia, tomar una copa para abrir los ojos)?

0-----Nunca tomé en la mañana en el mes pasado.

1-----Tomé en la mañana entre 1 y 5 días del mes.

2-----Tomé en la mañana entre 6 y 10 días del mes.

3-----Tomé en la mañana entre 11 y 20 días del mes.

4-----Tomé en la mañana entre 21 y 30 días del mes.

Incapacidad para Dejar de Beber (Pérdida del Control)

- 0-----En absoluto tomé durante el pasado mes, o en el caso, siempre fui capaz de dejar de beber cuando quise.
- 1-----Soy capaz de dejar de beber casi totalmente cuando quiero.
- 2-----Soy capaz de dejar de beber cerca de la mitad del tiempo cuando quiero.
- 3-----Casi nunca soy capaz de dejar de beber cuando quiero.
- 4-----Nunca fui capaz de dejar de beber o nunca intenté dejar de beber.

Incapacidad para Mantener la Abstinencia

Durante el pasado mes de beber alcohol, si alguna vez ha hecho la decisión de abstenerse (no beber alcohol por un periodo de tiempo), cuántas veces reanuda su beber a pesar de ésta decisión?

- 0-----Nunca necesité abstenerme o hice la decisión para abstenerme y nunca reanudé mi beber.
- 1-----Después de decidir abstenerme, reanudé mi beber una o 2 veces.
- 2-----Después de decidir abstenerme, reanudé mi beber la mitad de las veces.
- 3-----Después de decidir abstenerme, reanudé mi beber la mayor parte del tiempo.
- 4-----No traté de abstenerme aún cuando debería hacerlo.

Pérdida de Memoria

Qué tanto ha perdido la memoria durante el pasado mes por beber alcohol?!

- 0-----En absoluto he estado bebiendo, o he estado bebiendo pero no he tenido alguna pérdida de memoria.
- 1-----He perdido la memoria entre 1 y 5 días durante el pasado mes.
- 2-----He perdido la memoria entre 6 y 10 días durante el pasado mes.
- 3-----He perdido la memoria entre 11 y 20 días durante el pasado mes.
- 4-----He perdido la memoria entre 21 y 30 días (casi cada día) durante el pasado mes.

Abstinencia

Durante el pasado mes de beber alcohol, he experimentado las siguientes reacciones cuando dejo de beber:

0-----Ningún efecto: No he estado bebiendo este mes, o cuando dejo de beber, no experimento ningunas reacciones.

1-----Leve: Cuando dejo de beber, experimento leve temblor, náusea, vómito, o disminución del apetito por lo menos una vez durante el pasado mes.

2-----Moderado: Cuando dejo de beber, experimento temblor, náusea, vómito, disminución del apetito, en 2 o más veces durante el pasado mes.

3-----Significativo: Cuando dejo de beber, experimento todos los síntomas de arriba con alucinaciones por lo menos una o más veces durante el pasado mes.

4-----Severo: Cuando dejo de beber, experimento todos los síntomas de arriba con alucinaciones y ataques o he estado bebiendo continuamente durante el pasado mes de tal forma que no han ocurrido reacciones de abstinencia.

HISTORIA DE TRATAMIENTO

1.- Ha recibido algún tratamiento o ha participado con grupos de autoayuda para resolver sus problemas de alcoholismo durante los últimos 6 meses?

¿Cuál? (Nombre y tipo de tratamiento) _____

2.- ¿Qué es lo que lo hizo decidirse a no continuar con el tratamiento que la clínica "Tlatelolco" le proporcionaba?

3.- ¿Podría explicarnos que es lo que más le agradó de las sesiones a las que asistió?

4.- Podría decirnos si considera que las sesiones a las que asistió le fueron: a) Útiles
b) Inútiles

¿Porqué las considera así?

5.- La calidad de servicios fueron: a) Excelente b) Buena c) Mala

¿Porqué la considera así?

6.- Considera que el tiempo que usted invirtió fue: a) Excelente b) Adecuado
c) Poco

¿Porqué?

7.-Recomendaría usted éste tratamiento a un amigo con un problema similar al de usted?

¿Porqué?

8.- ¿En los últimos 6 meses cuántas veces estuvo en el hospital por problemas relacionados al alcohol?

BIBLIOGRAFÍA

Abbott, M. W. (1984). *Locus of control and treatment outcome in alcoholics*. Journal of Studies on Alcohol, 45, 1, 46-52

Alcohólicos Anónimos, Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C. (1989). (3a ed.) México.

Allan, C. (1987). *Seeking help for drinking problems from a community-based voluntary agency. Patterns of compliance amongst men and women*. British Journal of Addiction, 82, 1143-1147.

Altman, H., Angle, H. V., Brown, M. L., & Sletten, I. W. (1972). *Prediction of unauthorized absence*. American Journal of Psychiatry, 128, 1460-1463.

American Psychiatric Association. (1986). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, España: Masson. 3a. ed.

Arngrim, T., Munk-Jorgensen, P. & Bjorkson-Arngrim, T. (1987). *Dropouts from outpatient treatment of alcoholism: A comparative study between dropouts and compliers*. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry, 3, 2, 147-156

Askinasy, S. (1939). *México indígena: Observaciones sobre algunos problemas de México*.

Babst, D. V., Chambers, C. D. & Werner, A. (1971). *Patients' characteristics associated with retention in a methadone maintenance program*. British Journal of Addiction, 66, 195-204.

Baekeland, F., Lundwall, L., & Shanahan, I. J. (1973). *Correlates of patient attrition in the outpatient treatment of alcoholism*. Journal of Nervous and Mental Disease, 157, 99-107.

Baekeland, F. & Lundwall, L. (1975). *Dropping out of treatment: A critical review*. Psychological Bulletin, 82, 5, 738-783.

Bales, R. (1946). *Cultural differences in rates of alcoholism*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 6, 480.

Balint, M. (1964). *The doctor, his patient and the illness*. London. Boilliere, Tindall. 2nd. ed.

Bander, K. W., Stilwell, N. A., Fein, E., & Bishop, G. (1983). *Relationship of patient characteristics to program attendance by woman alcoholics*. Journal of Studies on Alcohol, 44, 2, 318-327.

Beck, A. T., Freeman, A. y cols. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. España Ediciones Paidós. 1a. ed pp 545

Beck, N. C., Shekim, W., Fraps, C., Borgmeyer, A. & Witt, A. (1983) *Predicting of discharges against medical advice from an alcohol and drug misuse treatment program*. Journal of Studies on Alcohol, 44, 1, 171-186.

Beckman, L. J. & Bardsley, P. E. (1986). *Individual characteristics, gender differences and dropout from alcoholism treatment*. Alcohol & Alcoholism, 21, 2, 213-224.

Blane, H. T., & Myers, W. R. (1963) *Behavioral dependence and length of stay in psychotherapy*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 24, 503-510.

Blane, H. T., & Myers, W. R. (1964). *Social class and the establishment of treatment relations by alcoholics*. Journal of Clinical Psychology, 20, 287-290.

Booth, B. M., Cook, C. L. & Blow, F. C. (1992) *Comorbid mental disorders in patients with AMA discharges from alcoholism treatment*. Hospital and Community Psychiatry, 43, 7, 730-731.

Bowen, W. T. & Twemlow, S. W. (1978). *Locus of control and treatment dropout in an alcoholic population*. British Journal of Addiction, 73, 51-54.

Brandt, L. W. (1965). *Studies of "dropout" patients in psychotherapy: A review of findings*. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 2, 2-13.

Brewer, L. G., Zawadski, M. L. & Lincoln, R. (1990). *Characteristics of alcoholics and codependents who did and did not complete treatment*. The International Journal of the Addictions, 25, 6, 653-663.

Budman, S. M., Demby, A. & Randall, M. (1980). *Short-term group psychotherapy: Who succeeds, who fails?* Group, 4, 3-16.

Butts, J. B. & Chotlos, J. (1973). *A comparison of alcoholics and nonalcoholics on perceived locus of control*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 34, 1327-1332.

Castaneda, R., Lifshutz, H., Galanter, M., Medalia, A. & Franco, H. (1992). *Treatment compliance after detoxification among highly disadvantaged alcoholics*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 18, 2, 223-234.

Caster, D. V. & Parsons, O. A. (1977). *Relationship of depression, sociopathy and locus of control to treatment outcome in alcoholics*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 751-756.

Castro Ramirez, Ma. de Lourdes. ESTUDIO CARACTEROLÓGICO DE LA ESPOSA DEL ENFERMO ALCOHÓLICO. México, D. F. Tesis de Licenciatura, UNAM. 1988, p.25

Chesneau J., *¿Hacemos tabla rasa del pasado?* México, D.F., Siglo XXI, 1977. pp.17.

Chess, S. B., Neuringer, C. & Goldstein, G. (1971). *Arousal and field dependency in alcoholics*. Journal of General Psychology, 85, 93-102.

Connelly, J. L., Piper, W. E., De Carufel, F. Y. & Debbane, E. G. (1986). *Premature termination in group psychotherapy: Pretherapy and early therapy predictors*. The International Journal of Group Psychotherapy, 36, 145-152

Cook, C. A., Loveland, B. B., Blow, F. C., McAleeman, K. A. et al. (1994). *Risk factors for AMA discharge from VA inpatient alcoholism treatment programs*. Journal of Substance Abuse Treatment, 11, 3, 239-245

Copeland, J. & Hall, W. (1992). *A comparison of predictors of treatment dropout of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services*. British Journal of Addiction, 87, 883-890.

Cummings, R. E. (1975). *A study of patients who fail to complete a V.A. alcoholic treatment program*. Rehabilitation Literature, 36, 139-141.

Dana, R. H. (1972). *Teoría y práctica de la psicología clínica*. Argentina. Paidós, p. 193

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Díaz Martínez L. (1994). *Comorbilidad psiquiátrica, consumo excesivo de alcohol y trastornos psiquiátricos*. Secretaria de Salud, México, D. F.

Dodo, J. A. (1971). *A retrospective analysis of variables related to duration of treatment in a university psychiatric clinic*. Journal of Nervous and Mental Disease, 151, 75-85

Donovan, D. M. & O'Leary, M. R. (1975). *Comparison of perceived and experienced control among alcoholics and nonalcoholics*. Journal of Abnormal Psychology, 84, 726-728.

Donovan, D. M., O'Leary, M. R. & Schau, E. J. (1975a). *Relationship between generalized expectancies for control and experienced control among alcoholics*. Psychological Reports, 37, 1171-1176.

Donovan, D. M., Smith, L., Paige, A. B. & O'Leary, M. R. (1975b). *Relationship amongst locus of control, self-concept and anxiety*. Journal of Clinical Psychology, 31, 682-684.

Donovan, D. M., Radford, L. M., Chaney, E. F. & O'Leary, M. R. (1977). *Perceived locus of control as a function of level of depression among alcoholics and nonalcoholics*. Journal of Clinical Psychology, 33, 582-584.

Donovan, D. M., & O'Leary, M. R. (1978). *The Drinking-Related Locus of Control Scale: Reliability, factor structure and validity*. Journal of Studies on Alcohol, 39, 5, 759-784

Douglas, H. & Frayn, L. (1992). *Assessment factors associated with premature psychotherapy termination*. American Journal of Psychotherapy, 46, 2, 250-261.

Dubrin, R. J. & Zastowny, R. T. (1988). *Predicting early attrition from psychotherapy: an analysis of a large private-practice cohort*. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 25, 3, 393-408.

Duran, C. ESTUDIOS PSICOMÉTRICOS DEL MMPI-2 EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. México, D. F. Tesis de Licenciatura. UNAM, 1995.

Edwards, G. (1986). *Tratamiento de alcohólicos*. México Trillas pp. 344.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. et al. (1989). *N. I. M. H. Treatment of depression, collaborative research program: General effectiveness of treatment*. Archives of General Psychiatry, 46, 971-982.

Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana. España. Espasa-Calpe. 1978. Tomo 22. pp. 493-494

English, H. B. *Diccionario de psicología y psicoanálisis*. Argentina, Paidós, 1977, pp. 41-42, 378, 751.

Epstein, E. E., McCrady, B. S., Miller, K. J. & Steinberg, M. (1994). *Attrition from conjoint alcoholism treatment: Do dropouts differ from completers?*. Journal of Substance Abuse, 6, 3, 249-265.

Erwin, J. E. & Hunter, J. J. (1984). *Prediction of attrition in alcoholic aftercare by score on the embedded figures test and two Piagetian tasks*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 354-358.

Fabela Alquicira, A. y Nava Lara, O. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD Y AUTOCONCEPTO EN EL ALCOHÓLICO. México, D. F. Tesis de Licenciatura, UNAM, 1981.

Fernandez, Seara, J. L. (1987). *Escala de Motivaciones Psicosociales*. Ed. TEA. España.

Fiester, A. R., Mahrer, A. R., Giambra, L. M. & Ormiston, D. W. (1974). *The shaping of a clinic population: The dropout problem reconsidered*. Community Mental Health Journal, 10, 112-119.

Fink, E. B., Rudden, S., Longabaugh, R., McCrady, B. & Stout, R. (1984). *Adherence in a behavioral alcohol treatment*. The International Journal of the Addictions, 19, 7, 709-719

Fischer-Nelson, H., et al. (1987). *Predictors of attrition from an outpatient alcoholism treatment program for couples*. Journal of Studies on Alcohol, 48, 3, 229-235.

Fleming, B. & Lewis, S. A. (1987). *Factors associated with compliance in the followup treatment of alcoholism*. Alcohol & Alcoholism, 22, 3, 297-300.

Frank, J. D., Gliedman, L. H., Imber, A. D., Nash, E. H., Jr. & Stone, A. R. (1957). *Why patients leave psychotherapy*. Archives of Neurology and Psychiatry, 77, 283-299.

Gamboa, Magaña Rosa María. EL PERFIL PSICOLÓGICO DEL ALCOHÓLICO MEDIANTE EL INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD. México, D.F. Tesis de Licenciatura. UNAM, 1978 pp. 10-11, 34-35.

Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An Empirical Analysis*. (2ª ed.). New York: John Wiley

Garfield S. F. (1977). *A note on confounding of personality and social class characteristics in research on premature termination*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 483-485.

Garza, Mercado, Ario (1981). *Manual de técnicas de investigación para estudiantes de Ciencias Sociales*. 3a. ed. El colegio de México. México, D. F.

Gertler, R., Raynes, A. E., & Harris, N. (1973). *Assesment of attendance and outcome at an outpatient alcoholism clinic*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 34, 955-959.

Globetti, G (1972). *Problem and non-problem drinking among high school students in abstinence communities*. International Journal of the Addictions, 7, 511-523.

Goss, A. & Morosko, T. E. (1970). *Relation between a dimension of internal-external control and the MMPI with an alcoholic population*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34, 189-192.

Gossop, M. (1972). *Drug dependence: A study of the relationship between motivational, cognitive, social and historical factors and treatment variables*. Journal of Nervous and Mental Disease, 166, 44-50.

Gottschalk, L. A., Mayerson, P. & Gottlieb, A.A. (1967). *Prediction and evaluation of outcome in an emergency brief psychotherapy clinic*. Journal of Nervous and Mental Disease, 144, 77-96.

Gozzali, J. & Sloan, J. (1971). *Control orientation as a personality dimension among alcoholics*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 32, 159-161.

Graham, J. R. *MMPI-2 assessing personality and psychopathology*. U. S. New York Oxford University Press, 1990.

Grande, T. P., Wolf, A. W., Schubert, D. S. P., Patterson, M. B. & Brocco, K. (1984). *Associations among alcoholism, drug abuse and antisocial personality: A Review of literature*. Psychological Reports, 55, 455-474.

Guerra Guerra, A. J. *El alcoholismo en México*. México: Fondo de Cultura Económica, 1977 pp 47-48

Hahn, J. & King, K. P. (1982). *Client and environmental correlates of patient attrition from an inpatient alcoholism treatment center*. Journal of Drug Education, 12, 75-86.

Hamburg, S. (1975). *Behavior therapy in alcoholism: A critical review of broad-spectrum approaches*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 36, 69-87.

Hathaway, S. P. & McKinley, J.C. (1940). *A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. construction of the schedule*. Journal of Psychology, 10, 249-254.

Heinemann, E., Moore, B. & Gurel, M. (1976). *Completion or termination of alcoholism treatment: Toward the development of a predictive index*. Psychological Reports, 38, 3, 1340-1342.

Heiler K., Myers, R. A. & Kline, L. V. (1963). *Interviewer behavior as a function of standardized client roles*. Journal of Consulting Psychology, 27, 117-121.

Hernández, S. R., Fernández, C. C. y Baptista, L. P. (1994). *Metodología de la investigación*. (2ª. ed.) México: Interamericana.

Hesselbrock, M. N., Meyer, R. E. & Keener, J.J. (1985). *Psychopathology in hospitalized alcoholics*. Archives of General Psychiatry, 42, 1050-1055.

Hiler, E. W. (1959). *Initial complaints as predictors of patient-therapist compatibility*. Journal of Clinical Psychology, 15, 344-345.

Hingson, R., Mangione, T., Meyer, M. & Scotch N. (1982). *Seeking help for drinking problems: a study in the Boston metropolitan area*. Journal of Studies on Alcohol, 43, 3, 273-288.

Hinrichsen, J. J. (1976). *Locus of control among alcoholics: Some empirical and concept issues*. Journal of Studies on Alcohol, 37, 908-916.

Hirsch, L. S., McCrady, B. S. & Epstein, E. E. (1997). *The Drinking-Related Locus of Control Scale: The factor structure with treatment-seeking outpatients*. Journal of Studies on Alcohol, 58, 162-166.

Huber, N. A. & Danahy, S. (1975). *Use of the MMPI in predicting completion and evaluation changes in a long-term alcoholism treatment program*. Journal of Studies on Alcohol, 36, 9, 1230-1237.

Hughes, G. & Seiler, G. (1981). *The influence of locus of control on the treatment of alcoholics in a halfway house*. Journal of Alcohol and Drug Education, 27, 1, 26-33.

Jellinek, E. M. (1960) *The disease concept of alcoholism*. Hill House Press New Haven, Connecticut.

Joe, V. C. (1971). *Review of the internal-external control construct as a personality variable*. Psychological Reports, 28, 619-640.

John, U. (1985). *Some career aspects of alcoholics not motivated to take part in therapy 6 months after detoxification*. Drug and Alcohol Dependence, 16, 279-285.

Jones, J. W. (1985). *Predicting patients' withdrawal against medical advice from an alcoholism treatment center*. Psychological Reports, 57, 991-994.

Kaul, T. J. & Bednar, R. L. (1986). *Experiential group research: Result, Questions, and Suggestion*. In S. L. Garfield and A. e. Bergin (eds), *Handbook for psychotherapy and behavior change* (3rd ed.) pp.671-714. New York: Wiley.

Keil, T. & Esters, R. A. (1982). *Treatment dropouts: The effect of client and ecological variables*. The International Journal of the Addictions, 17, 1, 95-108.

Kerlinger, F. N. (1988). *Investigación del comportamiento*. (2^a ed.) México: Interamericana, pp. 748

Kern, J. C., Shumelter, W. R. & Paul, S. R. (1977). *Drinking drivers who complete and drop out of an alcohol education program*. Journal of Studies on Alcohol, 38, 89-95.

Kissin, B., Rosenblatt, S. M. & Machover, S. (1968). *Prognostic factors in alcoholism*. American Psychiatric Association Research Reports, 24, 22-43.

Koski-Jännes, A. (1994). *Drinking-related locus of control as a predictor of drinking after treatment*. Addictive Behaviors, 19, 5, 491-495.

Krampen, G. (1989). *Motivation in the treatment of alcoholism*. Addictive Behaviors, 14, 197-200.

Krasnoff, A. (1976). *Differences between alcoholics who complete or withdraw from treatment*. Journal of Studies on Alcohol, 37, 1666-1671. ~

Krasnoff, A. (1977). *Failure of MMPI scales to predict treatment completion*. Journal of Studies on Alcohol, 38, 1440-1442.

Leigh, G., Osborne, A. C. & Cleland, P. (1984). *Factors associated with patient dropout from an outpatient alcoholism treatment service*. Journal of Studies on Alcohol, 45, 4, 359-362.

Lemere, F., O'Hollaren, P. & Maxwell, M. A. (1958). *Motivation in the treatment of alcoholism*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 19, 428-431.

Lin, T (1975). *Use of demographic variables, WRAT and MMPI scores to predict addicts' types of discharges from a community-like hospital setting*. Journal of Clinical Psychology, 31, 148-151

Linn, M. W. (1978). *Attrition of older alcoholics from treatment*. Addictive Diseases, 3, 437-447

Litman, G. K. (1976). *Behavior modification techniques in the treatment of alcoholism: A review and critique*. In R. J. Gibbins, Y. Israel y H. Kalant (Eds.), Research Advances in alcohol and drug problems, vol. 3 (pp. 359-400).

Luborsky, L. Chandler, M., Auerbach, A., Cohen, J. & Bachrach, H. (1971). *Factors influencing the outcome of psychotherapy*. Psychological Bulletin, 75, 3, 145-185.

Luborsky, L. (1976). *Helping alliances in psychotherapy*. In J. L. Claghorn (Ed.), Successful psychotherapy (pp. 92-116). New York: Brunner / Mazel.

Lucio, G. M. E. y Ampudia R. A. (1997). *Manual para la administración y calificación del MMPI-2*. Versión en Español. México. Ed. El Manual Moderno.

Maciel, R. M. I. y Romero, S. A. CARACTERÍSTICAS DE BEBEDORES PROBLEMA QUE ABANDONAN UN TRATAMIENTO. México, D. F. Tesis de Licenciatura. UNAM, 1996.

Madden, S. S. (1986). *Alcoholismo y Dependencia*. México. Ed. El Manual Moderno.

Mammo, A. & Weinbaum, F. D. (1993). *Some factors that influence dropping out from outpatient alcoholism treatment facilities*. Journal of Studies on Alcohol, 54, 1, 92-101.

Marlatt, G. A. (1976). *Alcohol, stress and cognitive control*. In Sarason, I. G. and Spielberger, C. D. (Eds.) Stress and anxiety, Vol. 3, New York: Hemisphere.

McClelland, D. C., Davis, W. N., Kalen, R. & Warner, E. (1972). *The drinking man*. New York: Free press.

Mialaret, G. *Diccionario de Ciencias de la Educación*. España, 1984. pp. 162, 338-339.

Midanik, L. (1980). *Perceptual factors as variables in dropout from alcoholism treatment*. Paper presented at 11th. Annual Medical Scientific Conference of the National Council on Alcoholism. Seattle, Washington.

Miller, B. A., Pokorny, A. D. & Hanson, P. G. (1968). *A study of dropouts in an inpatient alcoholism treatment program*. Diseases of the Nervous System, 29, 2, 91-99.

Miller, W. R. (1985). *Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism*. Psychological Bulletin, 98, 1, 84-107.

Mindlin, D. F. (1959). *The characteristics of alcoholics related to prediction of therapeutic outcome*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 20, 604-619.

Molina, Pineiro Valentin y Sánchez, Medel Luis EL ALCOHOLISMO EN MEXICO. I.- PATOLOGIA. Fundación de Investigaciones Sociales A. C., México, 1985. 2a Edición

Mozdzierz, G. J., Macchitelli, F. J., Conway, J. A. & Krauss, H. H. (1973). *Personality characteristics differences between alcoholics who leave treatment against medical advice and those who don't*. Journal of Clinical Psychology, 29, 78-82.

Nelson, P. C. & Hoffmann, H. (1972). *Personalities of alcoholics who leave and seek treatment*. Psychological Reports, 30, 3, 949-950.

Nerviano, B. J. & Gross, W. F. (1976). *Loneliness and locus of control for alcoholic males., validity against Murray need and Cattell trait dimensions*. Journal of Clinical Psychology, 32, 479-484.

Öjehagen, A. & Berglund, M. (1986). *To keep the alcoholic in outpatient treatment. A differentiated approach through treatment contracts*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 73, 1, 68-75.

Öjehagen, A. & Berglund, M. (1992). *Acceptance, attrition and outcome in an outpatient treatment program for alcoholics: A comparison between a randomized and a non-randomized process-outcome study*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 242, 2-3, 82-84.

O'Leary, D. E., O'Leary, M. R. & Donovan, D. M. (1976a). *Social skill acquisition and psychological development of alcoholics: A review*. Addictive Behaviors, 1, 111-120.

O'Leary, M. R., Rohsenow, D. J. & Donovan, D. M. (1976b). *Locus of control and patient attrition from an alcoholism treatment program*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 4, 686-687.

O'Leary, M. R., Calsyn, D. A., Chaney, E. F. & Freeman, C. W. (1977). *Predicting alcohol treatment program dropout*. Diseases of the Nervous System, 38, 993-995.

O'Leary, M. R., Rohsenow, D. J. & Chaney, E. F. (1979). *The use of multivariate personality strategies in predicting attrition from alcoholism treatment*. Journal of Clinical Psychiatry, 40, 90-93.

Oziel, L. J. & Obitz, F. W. (1975). *Control orientation in alcoholics related to extent of treatment*. Journal of Studies on Alcohol, 36, 158-161.

Patton, M. Q. (1978). *Profile of Hazelden patient discharged in 1977*. Hazelden Literature Center City, Minnesota.

Pekarić, G. (1983). *Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment*. Journal of Clinical psychology, 39, 909-913.

Pekarić, G. (1985). *The effects of employing different termination classification criteria in dropout research*. Psychoterapy: Theory, Research and Practice, 22, 86-91.

Pekarik, G. & Wierzbicki, M. (1986a). *The relationship between clients' expected and actual treatment duration*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 23, 4, 532-534.

Pekarik, G., Jones, D. & Blodgett, C. (1986b). *Personality and demographic characteristics of dropout and completers in a nonhospital residential alcoholism treatment program*. *The International Journal of the Addictions*, 21, 1, 131-139.

Pekarik, G., & Zimmer, L. (1992). *Relation of client variables to continuance in five types of alcohol treatment setting*. *Addictive Behaviors*, 17, 105-115.

Pérez. Uribe, Elideth. MOTIVACIÓN AL LOGRO EN UN GRUPO DE A. A. México, D. F. Tesis de Licenciatura. UNAM, 1995.

Perkins, M. E. & Block, H. Y. (1971). *A study of some failures in methadone treatment*. *American Journal of Psychiatry*, 128, 47-51.

Pisani, V. D. & Motanky, G. U. (1970). *Predictors of premature termination of outpatient-followup group psychotherapy among male alcoholics*. *The International Journal of the Addictions*, 5, 731-737.

Prasadarao, P. J. & Mishra, H. (1992). *Drinking-related locus of control and treatment attrition among alcoholics*. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 8, 1-2, 43-47.

Prochaska, J. D. & DiClemente, C. C. (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Quatrone, D. (1973). *Profile of active and terminated patients in a methadone maintenance program*. *Proceedings of the Fifth National Conference on Methadone Treatment*, 1, 760-766.

Ravndal, E. & Vaglum, P. (1994). *Self-reported depression as a predictor of dropout in a hierarchical therapeutic community*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 471-479.

Rees, D. W., Beech, H. R. & Hore, B. D. (1984). *Some factors associated with compliance in the treatment of alcoholism*. *Alcohol & Alcoholism*, 19, 4, 303-307.

Rees, D. W. (1985). *Health beliefs and compliance with alcoholism treatment*. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 6, 517-524.

Rees, D. W. & Farmer, R. (1985). *Health beliefs and attendance for specialist alcoholism treatment*. *British Journal of Psychiatry*, 147, 317-319.

Rodriguez, Medina Efrain. ALGUNOS FACTORES PSICOLÓGICOS QUE PROPICIAN ALCOHOLISMO EN MUJERES MEXICANAS EN EL D. F. México, D.F. Tesis de Licenciatura. UNAM, 1990.

Roffe, M. W. (1981). *Predictive correlates of treatment program completion in a sample of male alcoholics*. The International Journal of the Addictions, 16, 849-857

Rohsenow, D. J. & O'Leary, M. R. (1978a). *Locus of control research in alcoholic population: A review: I Development, scales and treatment*. The International Journal of the Addictions, 13, 55-78

Rohsenow, D. J. & O'Leary, M. R. (1978b). *Locus of control in research in alcoholic population: A review. II Relationships to other measures*. The International Journal of the Addictions, 13, 213-226.

Rotter, J. B. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. Psychological Monographs, 80, 1-28.

Rotter, J. B. (1975). *Some problems and misconceptions related to the construct of internal vs. external control of reinforcement*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 1, 56-67

Rounsaville, B. J., Dolinsky, Z. S., Babor, T. F. & Meyer, R. E. (1987). *Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics*. Archives of General Psychiatry, 44, 505-513.

Rund, D. A., Sumers, W. K. & Levin, M. (1981). *Alcohol use and psychiatric illness in emergency patients*. Journal of the American Medical Association, 245, 1240-1241

Ryan, M. R., Plant, W. R., & O' Malley, S. (1995). *Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout*. Addictive Behaviors, 20, 3, 279-297.

Safran, J. D. y Segal, Z. V. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. 1a. ed. Ediciones Paidós Ibérica. España.

Sagrada Biblia. Versión de Torres Amat Félix. Editorial Sopena. Argentina, 1981. Epístola primera del apóstol San Pablo a Timoteo, 5, 23.

Saltzman, C., Luetger, M. J., Roth, C. H., Creaser, J. & Howar, L. (1976). *Formation of a therapeutic relationship: Experiencies during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44, 546-555.

Sansone, J. (1980). *Retention patterns in a therapeutic community for the treatment of drug abuse*. The International Journal of the Addictions, 25, 1, 1-26.

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Baber, T. F., de la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). *Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption - II*. Addiction, 88, 791-804.

Schofield, L. J. Jr. (1978). *Internal-external control and withdrawal AMA from an alcohol rehabilitation program*. Journal of Clinical Psychology, 34, 571-573.

Schuckit, M. A. (1985). *The clinical implications of primary diagnostic groups among alcoholics*. Archives of General Psychiatry, 42, 1043-1049.

Scott, J., Williams, J.M.G. & Beck, A. (1995). *Cognitive therapy in clinical practice*. Routledge. New York. pp. 255.

Sheppard, D., Smith, G. T. & Rosenbaum, G. (1988). *Use of MMPI subtypes in predicting completion of a residential alcoholism treatment program*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 4, 590-596.

Silber, A. (1959). *Psychotherapy with alcoholics*. Journal of Nervous and Mental Disease, 129, 477-485.

Silberteld, M. & Glaser, F. B. (1978). *Use of the life table method in determining attrition from treatment*. Journal of Studies on Alcohol, 39, 9, 1582-1590.

Simpson, D. D. & Joe, G. W. (1993). *Motivation as a predictor of early dropout. Special Issues on Psychotherapy for the Addictions*. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 30, 357-367.

Sladen, B. J. & Mozdierz, G. J. (1985). *An MMPI scale to predict premature termination from inpatient alcohol treatment*. Journal of Clinical Psychology, 41, 6, 855-862.

Smart, R. G. & Gray, G. (1978). *Multiple predictors of dropout from alcoholism treatment*. Archives of General Psychiatry, 35, 363-367.

Snyder, W. U. (1961). *The psychotherapy relationship*. New York: Macmillan.

Spalt, L. (1979). *Alcoholism and related psychiatric illnesses*. Illinois Medical Journal, 156, 54-56.

Steinberg, M. L., Epstein, E. E., McCrady, B. S. & Hirsch, L. S. (1993). *Sources in motivation in a couples outpatient alcoholism treatment program*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 23, 2, 91-205.

Stern, S. L., Moore, S. F. & Gross S. J. (1975). *Confounding of personality and social class characteristics in research of premature termination*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 341-344.

Stinnett J. L. & Schechter, J. O. (1982-83). *A Quantitative Inventory of Alcohol Disorders (QIAD): A severity scale for alcohol abuse*. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 9, 4, 413-430.

Stockwell, T. et al. (1979). *The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence*. British Journal of Addiction, 74, 79-87.

Tapia-Conyer, R., Cravioto Q. P., De la Rosa, M. B. y Kuri, M. P (1993) *Panorama epidemiológico de las adicciones, encuesta nacional de las adicciones 1993*. Situación Actual de las Adicciones en México 1993, 15, 19-25.

Taulbee, E. S. (1958). *Relationship between certain personality variables and continuation in psychotherapy* Journal of Consulting Psychology, 22, 83-89.

Thom, B. (1986) *Sex differences in help-seeking for alcohol problems-1. The barriers to help-seeking*. British Journal of Addiction, 81, 777-788.

Trice, H. M., Roman, P. M. & Belasco, J. A. (1969). *Selection for treatment: A predictive evaluation of an alcoholism treatment regimen*. The International Journal of the Addictions, 4, 303-317.

Velasco Fernández, Rafael. (1980). Salud mental, enfermedad mental y alcoholismo. México: ANUIE, pp.47-48.

Velasco Fernández, Rafael. (1995). *Situación Actual de las Adicciones en México: La respuesta de México al problema de las adicciones*. Secretaría de Salud, México, 1995.

Virkkunen, M. (1979) *Alcoholism and antisocial personality*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 59, 493-501.

Walker, R. D., Nast, E. C., Chaney, E. F. & O'Leary, M. R. (1979). *Changes in drinking-related locus of control as a function of length of alcoholism treatment*. Psychological Reports, 44, 1, 287-293.

Walker, R. D., Van Ryn, F., Frederick, B., Reynolds, D. & O'Leary, M. R. (1980) *Drinking-related locus of control as a predictor of attrition in an alcoholism treatment program*. Psychological Reports, 47, 3, 871-877.

Wanberg, K. W. & Jones, E. (1973). *Initial contact and admission of persons requesting treatment for alcohol problems*. British Journal of Addiction, 68, 281-285.

Weisner, C. & Schmidt, L. (1992). *Gender disparities in treatment for alcohol problems*. Journal of American Medical Association, 268, 14, 1872-1876.

Welte, J. W., Hynes, G., Sokolow, L. & Lyons, J. P. (1981). *Comparison of clients completing inpatients alcoholism treatment with clients who leave prematurely*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 5, 3, 393-399.

Wickizer, T., Maynar, C. Atherley, A., Frederick, M. et al. (1994). *Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment programs in Washington state*. American Journal of Public Health, 84, 2, 215-221.

Wilkinson, A. E., Prado, W. M., Williams, W. O. & Schmidt, F. W. (1971). *Psychological test characteristics and length of stay in alcoholism treatment*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 32, 60-65.

Wilson, E & Whelan, W (1983). *Anxiety as a factor in continuance and dropout in treatment*. The International Journal of the Addictions, 18, 577-582.

Wolff, W. M. (1967). *Brief reports: psychotherapeutic persistence*. Journal of Consulting Psychology, 31, 429.

Woods, M. & Melnick, J. (1979). *A review of group therapy selection criteria*. Small Group Behavior, 10, 155-175.

Zax, M, Marsey, R. & Biggs, C. F. (1961). *Demographic characteristics of alcoholic outpatients and the tendency to remain in treatment*. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 22, 95-108.