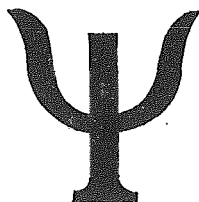


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



**APLICACION DE UN PROGRAMA
PREVENTIVO DE ALCOHOLISMO
EMPLEANDO UNA TECNICA
CONDUCTUAL**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

Licenciado en Psicología

P R E S E N T A N :

CONCEPCION ESTHER NIÑO HURTADO

MARIA DOLORES CARDENAS MOYA

M 0023382



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.

ESTE TRABAJO ES EL PRODUCTO DE TODA UNA ETAPA DE MI VIDA, POR LO QUE DESEO AGRADECER EN FORMA GENERAL A TODOS AQUELLAS PERSONAS QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE HAN CONTRIBUIDO DE ALGUNA FORMA A SU DESARROLLO Y CULMINACION.

DEDICO ESTE TRABAJO:

ESPECIALMENTE A MAMA ANA POR SU ESFUERZO, DEDICACION Y CARINO INCOMPARABLE Y PRINCIPALMENTE POR SU ESPIRITU DE SUPERACION, EL CUAL ME HA INCULCADO.

A PAPA RAFAEL, POR SU APOYO Y CARINO INCONDICIONAL, EL CUAL ME HA DESPERTADO SENCILLEZ Y HUMILDAD.

A MIS HERMANOS:

RAFAEL, POR SU CONSTANTE IMPULSO DE BIENESTAR Y CARIRO.

MIGUEL, POR SU TENAZ ESPIRITU DE SUPERACION

VICTOR, POR SU PREOCUPACION E INTERES Y SU BUEN HUMOR.

FABIOLA, POR SU INMENSO CARINO.

Y A MIS TIAS, TIOS, PRIMAS y PRIMOS, POR SU CARINO

A MIS AMIGAS Y AMIGOS CON RESPETO Y CARINO:

-BETTY, MARTHITA, MA. ELENA, DIANA,
JENNY, PATY, TERE, SUSY, LUIS Y VICTOR.
MARY, IRMA, ANABEL, VICTORIA, VIRGINIA Y
MARGARITA. ESTHER.

MIS SINCEROS AGRADECIMIENTOS Y AFECTOS A:

- DR. JULIAN MCGREGOR
- LIC. DIANA OSTROWSKY
- DRA. EMILIA LUCIO
- LIC. NOEMI BARRAGAN

Y ESPECIALMENTE A:

- JORGE PERALTA ALVAREZ

POR SU GUIA Y APORTACION PROFESIONAL
E INTERES EN LA EJECUCION DE ESTE --
TRABAJO.

Y A QUIENES EN ESTA ULTIMA ETAPA HAN CON-
VIVIDO ESTRECHAMENTE CONMIGO, PRINCIPAL--
MENTE A LUIS., POR EL APOYO BRINDADO EN LA
PARTE ESTADISTICA Y ARACELI POR LA LABOR
MECANOGRAFICA.

DEDICO ESTA TESIS:

A DIOS NUESTRO SEÑOR,

Por esa fuerza que me dió para pasar
los obstáculos que encontré en mi ca
mino y así poder concluir mi carrera.

A LA MEMORIA DE MI PADRE,

quien me dió el ejemplo de que con vo
luntad todo se puede lograr.

A MI MADRE,

con cariño, agradeciéndole el esfuer
zo y apoyo que siempre me ha brinda
do.

A MI ESPOSO,

con todo mi amor, agradeciéndole el
apoyo que me brindó para culminar -
mis estudios.

A MIS HIJOS,

con todo mi amor.

A MIS HERMANOS,

con cariño

A TODAS LAS PERSONAS,
que de buena voluntad me brindaron su
ayuda para poder asistir a la escuela.

A MIS AMIGAS,
Concepción, Paty, Tere y Jenny con
todo mi afecto.

AL LIC. JORGE PERALTA,
agradeciéndole su buena disposición
para asesorar esta tesis.

María Dolores.

I N D I C E

Pág.

INTRODUCCION

I. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA INGESTA DE ALCOHOL	1
II. BEBIDAS ALCOHOLICAS	
A. ALCOHOL	3
B. BEBIDAS ALCOHOLICAS	3
C. ASPECTOS FISIOLOGICOS Y PSICOLOGICOS DEL ALCOHOL	4
III. ALCOHOLISMO	
-ALCOHOLICOS Vs BEBEDORES SOCIALES	14
-SINTOMATOLOGIA DEL ALCOHOLISMO	16
IV. CONSECUENCIAS MAS IMPORTANTES DE LA INGESTA EXCESIVA DE ALCOHOL.	
1. REPERCUSIONES DEL ALCOHOLISMO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SALUD PUBLICA.	19
2. MAGNITUD DEL PROBLEMA	20
V. ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO	
A. MODELO DE ENFERMEDAD	22
B. MODELO SOCIOLOGICO	25
C. MODELO ECONOMICO	27
D. MODELO FISIOLOGICO	30
E. MODELO PSICOLOGICO	31
F. MODELO EMPIRICO DEL COMPORTAMIENTO	32
VI. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INGESTA DE ALCOHOL.	
A. FACTORES EMOCIONALES	34
B. FACTORES SOCIALES	35
C. FACTORES COGNITIVOS	37
D. FACTORES SITUACIONALES	37
E. FACTORES FISIOLOGICOS	37

M-0023392

VII. TRATAMIENTO	
==APROXIMACIONES DE TRATAMIENTO ORIENTADAS A LA "ABSTINENCIA".	38
A. EL USO DE MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE BEBEDORES PROBLEMA.	39
B. TERAPIAS AVERSIVAS	44
C. HIPNOSIS	47
D. PSICOTERAPIA	48
E. OTRAS APROXIMACIONES	50
==APROXIMACIONES DE TRATAMIENTO ORIENTADAS A LA "MODERACION"	54
A. ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL DE AUTO-CONTROL	60
B. ENTRENAMIENTO DE RELAJACION	71
C. ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES	74
D. ENTRENAMIENTO DE DISCRIMINACION DE LA CONCENTRACION DE ALCOHOL EN LA SANGRE.	76
E. RETROALIMENTACION CON VIDEOTAPE	80
F. TERAPIAS COGNITIVAS	81
G. APROXIMACIONES OPERANTES	82
H. ACCIONES PREVENTIVAS	85
==FACTORES RELACIONADOS CON EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO.	
A. CANTIDAD DE TIEMPO DE TRATAMIENTO	87
B. TIPO DE TERAPEUTA	89
C. CRITERIOS PARA METAS DE ABSTINENCIA Vs. META DE MODERACION.	91
VII. METODOLOGIA	96
METODO	98
ANALISIS DE RESULTADOS	104
IX. CONCLUSIONES	149
LIMITACIONES ESPECIFICAS DEL ESTUDIO	153
ANEXOS	154
BIBLIOGRAFIA	160

INTRODUCCION

En los últimos años ha habido un notable incremento en la atención pública debido al abuso del alcohol, tanto en México como en otros países del mundo. Este problema afecta enormemente a la sociedad por las consecuencias que trae consigo, tales como el alto porcentaje de muertes en accidentes automovilísticos (Charles, R., 1980); violencia que incluye homicidios y suicidios (De la Fuente, 1981); el costo económico referente a hospitalización, accidentes, lesiones, desempleo, ausentismo laboral y el mismo costo de la bebida que perjudica a la persona que bebe y a su familia (Velasco, R., 1981); los efectos negativos sobre el organismo y la vida psíquica del individuo; muerte prematura; divorcio; problemas maritales, abandono de hogar; y otros efectos sociales e individuales como el sufrimiento de la familia del alcohólico y la frustración y dolor moral del propio enfermo (Moser, J., OMS. 1979; Serie de informes técnicos, 650; OMS., 1980); todo esto hace que se necesite de métodos de tratamiento eficientes que requieran un mínimo de tiempo, de esfuerzo y de dinero. Además estos métodos de tratamiento deben engendrar la cooperación del paciente para que éste no leque la responsabilidad de su tratamiento al médico, y se limite a esperar ser "curado".

La modificación de conducta, como una aproximación clínica que emana de los principios del aprendizaje desarrollados en los laboratorios de la Psicología Experimental, tiene la posibilidad de cumplir esta meta. Esta aproximación ofrece al campo del alcoholismo dos ventajas: Primero, ésta tiene un número de estrategias de tratamiento basadas empíricamente cuya efectividad ha sido demostrada con problemas similares de conducta; Segundo, y más importante, se ha insistido en una aproximación científica-evaluativa del tratamiento. Así la objetividad de medición es combinada con la aplicación de métodos experimentales para evaluar los efectos del tratamiento.

La aplicación de terapias conductuales al alcoholismo no es enteramente de origen reciente, ya que, referencias del uso de condicionamiento aversivo eléctrico para alterar (modificar) patrones en el beber, datan desde 1928 (Voegtlin, 1940; Razran, 1934) y, debido al interés social, los psicólogos han venido aplicando desde entonces su tecnología a problemas sobre alcoholismo en una gran escala. Esto ha conducido a la proliferación de programas terapéuticos.

En los procedimientos de tratamiento conductuales para los bebedores problemas, se pueden tener alguna de estas dos metas terapéuticas: abstinencia total o una ingesta moderada. En estos procedimientos, en lugar de compararse el progreso del paciente con un criterio establecido artificialmente, es comparado con su línea base anterior al inicio de tratamiento.

Ya que ni la completa abstinencia por un período de tiempo largo, ni el mantenimiento de ingesta controlada garantizan un adecuado funcionamiento en otras áreas de la vida del individuo, la meta general de esta aproximación con todos los clientes no solamente es disminuir la ingesta de alcohol sino incrementar su habilidad para funcionar --mas efectivamente en numerosas áreas de la vida personal-social. Es --decir, los procedimientos de tratamiento conductuales tienen como meta el enseñar patrones de conducta que sean incompatibles con la ingesta excesiva, tales como la asertividad, relajación y autocontrol. Por medio de éstos, se les enseña a los bebedores problema respuestas alternativas a situaciones que consistentemente conducen al uso excesivo de alcohol (como situaciones interpersonales que producen stress).

A diferencia de otros procedimientos de tratamiento, con estas técnicas conductuales se provee al sujeto de: a) patrones de conducta nuevos, con los cuales se asegura un mejor pronóstico; b) un control sobre su ingesta así como en su vida en general c) un autocontrol (no únicamente toman en cuenta un control externo), siendo que éste es indispensable, ya que la mayor parte del problema conductual de la persona que bebe en exceso, ocurre en ausencia de otros para controlarla.

El Entrenamiento Conductual de Autocontrol, una aproximación con meta de moderación es considerada como una alternativa de tratamiento que tiene distintas ventajas clínicas. En nuestra sociedad, el uso del alcohol es animado y reforzado, a este respecto, los bebedores jóvenes que ya empiezan con el problema, se resisten al tratamiento debido a que no desean llevar una vida de abstinencia, lo que implica un aislamiento social. La meta de una ingesta controlada ofrece a estos individuos una alternativa que puede ser mucho mas aceptable para ellos. Además, estas técnicas conductuales destinadas a enseñar a autocontrolarse, tienen una marcada relevancia en la prevención del alcoholismo.

I. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA INGESTA DE ALCOHOL

Se presume que el alcohol, como sustancia resultante del proceso de fermentación natural de los frutos, aparece a finales del mesolítico e inicios del neolítico, coincidiendo con el desarrollo de la artesanía cerámica, que dotó al hombre de recipientes para almacenar líquidos azucarados.

El tema ha creado discrepancias pues se plantea que la condición de cazadores y pescadores de los grupos humanos del período paleolítico los ponía en contacto con los frutos en la recogida de paso y no como actividad agrícola estable, como sucedió en el neolítico. Algunos científicos suponen que un descuidado cavernícola dejó sin usar una porción de jugo de bayas silvestres o mosto en un cuerno abierto mientras iba de cacería. Durante su ausencia cayó levadura del aire al jugo y actuó sobre el azúcar natural para formar alcohol. Este jugo se fermentó en vino y el cavernícola, al regresar, probó de este vino, con lo que se efectuó el primer acto de ingestión de bebidas alcohólicas de la humanidad. (Finn, P. and Platt, J.: "Alcohol and alcohol -- Safety", pág.145. Washington, D.C. NHTSA & NIAAA, 1972.).

Por lo anterior, el alcohol ha acompañado al hombre a través de la historia. Entre los documentos mas antiguos escritos se encuentra una colección de tablillas de arcilla halladas en Mesopotamia, que datan del año 3,000 A. de C., incluyen una lista de gastos, donde está la anotación "Pan y cerveza para un día". En las inscripciones para sepulcros de los nobles egipcios, es común encontrar la siguiente: --- "Dí pan a los pobres y cerveza a los sedientos". Hay testimonios escritos sobre el conocimiento que egipcios, hebreos, griegos y romanos --- tenían respecto del vino y otras bebidas con contenido alcohólico. Los egipcios atribuían a Osiris haberlos permitido conocer el vino; los --- hebreos a Noé; los griegos a Dionisio y los romanos a Baco, los egipcios fueron comerciantes en vinos y a ellos se les atribuye el primer tratado de abstinencia.

Las historias bíblicas, así como otros relatos que han legado las primeras civilizaciones, hacen referencia al consumo de bebidas fermentadas y a los efectos que éstas provocaron en quienes las ingerían. Las civilizaciones prehispánicas de Mesoamérica no fueron una excepción y son bien conocidos los testimonios de los toltecas y de los mayas para destacar algunos de los más significativos. Tal parece que el hombre, al volverse sedentario, al arraigarse a la tierra y extraer de ella lo necesario para su supervivencia, encontró en diversas formas al fenómeno químico de la fermentación de los azúcares y con su característica curiosidad, probó en sí mismo los efectos farmacológicos del alcohol sobre su sistema nervioso. Fue así sujeto a experiencias gratas y desagradables, que prevalecieron e incorporó a su cultura, muchas veces con tendencias rituales y religiosas, admirando probablemente los cambios de conducta que se operaban, sin poder explicarlos, pero sí tratando de utilizarlos en su beneficio en muy diferentes situaciones y ocasiones.

Parece pues, que el hombre ha bebido alcohol desde hace por lo menos 5,000 años. Por lo anterior, podemos decir que los males psicológicos, físicos y sociales a que dá lugar el consumo excesivo de alcohol, han acosado a la humanidad desde que se integraron las primeras comunidades. El alcoholismo ha sido un acompañante persistente del hombre, seguramente no para su bien cuando se consume para embriagarse, ya que ingerido en forma responsable y adecuada puede contribuir al deleite y dignidad de algunas actividades del hombre, como la convivencia, la alimentación y el reposo.

II. BEBIDAS ALCOHOLICAS

A. ALCOHOL.

El alcohol, ingrediente químico de las bebidas destiladas y del vino y la cerveza, es una sustancia natural que se forma por la fermentación del azúcar producida por diversas levaduras. Aunque existen muchos tipos de alcoholes, el que puede ingerirse en las llamadas bebidas alcohólicas es el alcohol etílico. Se trata de una sustancia incolora, inflamable, que tiene un efecto tóxico y ciertas cualidades como anti-séptico por su acción germicida. En otro contexto, se le puede clasificar como alimento, ya que contiene calorías, pero el alcohol puro no tiene ningún valor nutritivo. Finalmente, el alcohol es una droga.

B. BEBIDAS ALCOHOLICAS.

Las bebidas alcohólicas se obtienen de diversas fuentes de -- azúcar mediante el proceso de fermentación. La cerveza, proviene de la malta o cebada germinada; el vino, de las uvas; el whisky, de ciertos granos y el ron de la melaza de la caña de azúcar. Los licores fuertes sufren un proceso ulterior, el de destilación, que produce una mayor -- concentración de alcohol, por lo que las bebidas como el vodka, la ginebra, el whisky, el brandy, el tequila y muchas más se llaman bebidas destiladas, éstas prácticamente carecen por completo de valor alimenticio, las que proceden sólo de la fermentación, en cambio, poseen el valor nutritivo que les dan sus otros ingredientes. La cerveza, contiene carbohidratos y proteínas, que son dos de las tres principales categorías de alimentos; también contiene ciertos minerales indispensables para el cuerpo humano como el fósforo, calcio, hierro, potasio y manganeso e igualmente algunas vitaminas como las que integran el complejo B, principalmente la riboflavina (B₂) y la niacina. Por todo esto se considera que la cerveza tiene un considerable valor nutritivo, proporciona además unas 470 calorías por litro. Tal vez esta circunstancia es responsable junto con los hábitos de alimentación, de que la cirrosis hepática como complicación del alcoholismo sea menos frecuente entre los consumidores de cerveza.

Por lo anterior, se puede decir, que las bebidas por fermentación (principalmente la cerveza, el vino y el pulque) son verdaderos alimentos nutritivos y que las bebidas destiladas no merecen esa denominación.

C. ASPECTOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS DEL ALCOHOL.

El alcohol se clasifica entre las sustancias depresoras del sistema nervioso central, (Velasco, 1982; Molina, 1982).

Quienes desconocen la forma en que esta droga actúa sobre la célula nerviosa, atribuyen al alcohol una acción estimulante, basándose en que las primeras copas excitan al bebedor, haciéndolo generalmente más sociable. Es un hecho de que una copa o dos producen casi siempre ciertos cambios en la conducta, de tal manera que el sujeto parece estar estimulado. No es así. Lo que ocurre en realidad es que el alcohol, deprime primero los centros nerviosos que controlan la conducta mediante la inhibición de los impulsos y la adecuación de las respuestas entre los estímulos del medio. Al disminuir estos centros su influencia sobre las otras partes del cerebro, la conducta se libera, por decirlo así, escapando a los controles del juicio crítico y de la racionalidad. Desinhibido el sujeto parece excitado, cuando en realidad el alcohol ha ejercido una acción depresora sobre su sistema nervioso central, todo esto se hace más notable si el sujeto aumenta la cantidad ingerida.

El metabolismo del alcohol es complicado y hasta cabe decir que no se conoce la forma en que ocurren ciertos cambios químicos en algunos momentos del proceso.

Cuando una persona ingiere una bebida alcohólica, el 20% del alcohol es absorbido inmediatamente en forma directa a través de las paredes del estómago y pasa a la sangre. Al circular por el cuerpo, -- llevado por el torrente sanguíneo, llega prácticamente a todas las células del organismo y es posible identificarlo mediante pruebas químicas especiales. El otro 80% es procesado un poco más lentamente y también se absorbe, desde el intestino delgado para circular en la sangre, pero

es necesario notar que las cantidades asimiladas no necesitan prácticamente de una verdadera digestión.

Si la ingestión de bebidas alcohólicas continúa en una forma moderada, digamos a razón de una copa cada hora, los niveles de alcohol en la sangre nunca son altos, porque se da al organismo el tiempo necesario para metabolizarlo y evitar su acumulación excesiva. En este caso, el efecto es tranquilizante debido a la acción ligeramente depresora de una cantidad moderada de alcohol. Cuando la velocidad de ingestión y la cantidad ingerida rebasan los límites del organismo para metabolizarlo normalmente, se dificultan la coordinación muscular y el equilibrio, se obstaculizan las funciones cerebrales superiores (el juicio, la memoria y la inteligencia) y se puede llegar a estados de intoxicación que ponen en peligro la vida. El alcohol circulante directamente responsable de este envenenamiento, se metaboliza en el organismo mediante dos métodos: la eliminación y la oxidación. La eliminación se efectúa sobre todo por los riñones y los pulmones, de ahí el aliento alcohólico de quien ha bebido. Pero por estas vías (aliento y orina) solamente se elimina el 10% del alcohol ingerido, así es que el organismo tiene que destruir por oxidación el otro 90%. La oxidación producida por el oxígeno contenido en la sangre es un proceso químico que cumple la función de transformar los alimentos en energía y calor. El alcohol etílico, como el azúcar y las grasas, se oxida en el cuerpo y se transforma en dióxido de carbono y agua. El primer cambio que se opera produce una sustancia mucho más tóxica que el propio alcohol, llamada acetilaldehído, pero no alcanza a producir un envenenamiento porque a su vez se oxida muy rápidamente y por ello no se acumula. Todo el proceso de oxidación se lleva a cabo en el hígado.

Los efectos a largo plazo de una ingesta de alcohol excesiva son los que en realidad delatan al verdadero alcoholismo. Los efectos inmediatos de una copiosa ingestión de bebidas alcohólicas puede describirse de acuerdo con la gravedad y progreso de la intoxicación. Algunos autores mencionan estas etapas:

1. El sujeto se ve relajado, comunicativo, sociable y desinhibido. Parece excitado.
2. Conducta esencialmente emocional, errática. Pobreza de juicio y del pensamiento. Problemas sensorio-motrices (cierto grado de anestesia cutánea, incoordinación muscular, trastornos de la visión y del equilibrio).
3. Confusión mental, tambaleo importante al caminar, visión doble, reacciones variables del comportamiento: miedo, agresividad, llanto, etc. Serias dificultades para pronunciar adecuadamente las palabras y para comprender lo que se dice.
4. Incapacidad para sostenerse de pie, vómitos, incontinencia de la orina, estupor, aproximación a la total inconciencia.
5. Inconciencia, ausencia de reflejos. Verdadero estado de coma que puede llevar a la muerte por parálisis respiratoria.

Es conveniente saber que no existe ningún remedio que ayude a poner sobrio a un sujeto en un tiempo menor al que necesariamente requiere la oxidación del alcohol. Un hígado sano puede metabolizar el equivalente de una copa cada hora o cada hora y media, con la ayuda de la eliminación del alcohol en la orina y el alimento. Pero la rapidez con que suceden las etapas de la intoxicación depende de ciertos hechos que se mencionan a continuación.

- a) La velocidad con que se bebe. Es obvio que el beber una copa tras otra produce efectos casi inmediatos y no se percibe la diferencia entre las dos primeras etapas.
- b) El estado del estómago. Si se encuentra vacío, el alcohol se absorbe mucho más rápidamente. Cuando el bebedor come alimentos sólidos antes de ingerir bebidas alcohólicas, la absorción es más lenta, pero eso es precisamente lo que no hacen los grandes bebedores.

- c) Las características de la bebida. El vino, el pulque y la cerveza, se absorben más lentamente porque contienen pequeñas cantidades de otras sustancias que retardan el proceso de la absorción. Estas sustancias no existen en las bebidas destiladas. El agua que suele mezclarseles puede hacer más lenta su absorción, pero ese efecto no se obtiene con las aguas carbonatadas o gaseosas, por el contrario, se ha comprobado que éstas hacen más rápido el paso del alcohol a la sangre.
- d) El peso corporal. Una persona de mayor peso diluye más rápidamente la misma cantidad de alcohol que un individuo más pequeño o delgado.
- e) Las circunstancias en que se bebe. Cuando ocurre de manera tranquila y confortable producirá un efecto menor y más lento que cuando se bebe en una fiesta donde hay otros -- muchos estímulos. La situación de desequilibrio emocional con angustia o depresión manifiestas, o bien el estado de cansancio físico y mental, pueden hacer que los efectos del alcohol sean más intensos de lo que resultaría habitual para la misma persona. También las expectativas ejercen su influencia: si el sujeto espera embriagarse de verdad, los efectos se harán sentir más rápidamente.

III. ALCOHOLISMO

El alcoholismo es un fenómeno médico-social que como se vió en el Capítulo I ha acompañado al hombre desde siempre.

Muchos han tratado de definirlo de acuerdo con sus formaciones profesionales, pero aunque parezca sorprendente, no hay aún acuerdo unánime sobre la definición del alcoholismo

Platón, en su famoso diálogo "Las Leyes", escribió: "El beber vino, no es en realidad, lo mismo que tantos otros bienes de la vida ni bueno ni malo en sí". La idea que se encuentra implícitamente en el aserto del filósofo, es que lo importante no es si el individuo bebe, sino si lo hace o no de manera responsable.

Una definición muy aceptada es la del Dr. Mark Keller del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers (1958) "El alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo". Según esta definición el alcoholismo es una enfermedad, si llamamos enfermedad a toda condición de anomalía que puede ser reconocida y que se presenta con los mismos síntomas en todas las personas.

Los expertos de la Organización Mundial de la Salud, dieron como definición en 1952 la siguiente: "Los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en el trabajo, o bien que ya presentan los inicios de tales manifestaciones".

Esta manifestación incluye el término de dependencia, que está implícito en todas las opiniones posteriores. Se dice que alguien depende de una droga, cuando la desea con vehemencia porque se ha ha-

bituado a ella y la necesita, si no la ingiere aparecen síntomas orgánicos que eventualmente pueden llevar hasta la muerte, aquí se trata ya de una dependencia física y cuando al suspender su administración no ocurre ningún trastorno serio, se llama dependencia psicológica.

El alcohol es capaz de producir las dos formas y por ello el alcoholismo está considerado como una verdadera farmaco-dependencia, - término que ha venido sustituyendo gradualmente al de drogadicción.

La Organización Mundial de la Salud, en la actualidad divide al alcoholismo en:

1. Disfunciones asociadas al alcohol.- Cuando una persona - bebe poco y esporádicamente, pero que cuando bebe pierde totalmente el control sobre sí mismo. (Dependencia Psicológica).
2. Síndrome del Alcoholismo.- Cuando el sujeto bebe frecuentemente y cuando lo hace pierde totalmente el control de la ingesta. (Dependencia física).

La Dependencia física es uno de los indicadores más claros de que un sujeto ya se convirtió en alcohólico, es decir, que presenta el síndrome del alcoholismo.

Categorías de Dependencia Física. (Indicadores de que un sujeto es --- alcohólico).

- a) El sujeto reporta que se despierta a media noche con la sensación - de que tiene una gran necesidad de beber alcohol, ya que siente un nudo en la garganta, sensación de asfixia, temblor en las manos, es calofríos, temblor de labios, la urgencia por beber aumenta gradualmente. Al beber, 10 minutos después aproximadamente, desaparecen - los síntomas. Ante estos hechos, es totalmente seguro que este suje to sea un alcohólico con total dependencia física, debido a que la sustancia del alcohol ya se integró a su organismo, es por eso que al faltarle sufre tantos trastornos.

Ante la dependencia física los tratamientos ya no pueden hacer nada o casi nada.

- b) Delirium Tremens.- El alcohólico crónico que deja de tomar, pasa a una segunda etapa, en la cual tiene alucinaciones visuales, principalmente de animales que lo tratan de agredir por lo cual entra a un estado de pánico en el que se presentan alteraciones psicomotoras.
- c) Psicosis alcohólica.- Hay delirios, siendo el más frecuente el asociado a los aspectos sexuales (Celotipia), aún con las personas -- que estén ausentes. Se desconoce por qué este delirio es el más -- común, se cree que se debe a que el alcohol hipocrónico produce -- atrofia testicular.
- d) Pérdida del control de la ingesta.- El sujeto relata que al probar la primera copa ya no puede dejar de beber, y toma 2,3,4 o más días de la semana.

En Psicología, generalmente se tiene un continuo que se divide en dos extremos bien definidos y una zona limítrofe:

disfunciones asociadas al alcohol	zona limítrofe	síndrome del alcoholismo
-----------------------------------	----------------	--------------------------

Tanto las disfunciones asociadas al alcohol como el síndrome del alcoholismo presentan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Siendo más importantes en las disfunciones:

- +++ psicológicos
- ++ sociológicos
- + biológicos

En los síndromes:

- +++ biológicos
- ++ psicológicos
- + sociológicos

El alcoholismo tiene niveles de gravedad y no es lo mismo estar en las primeras etapas que sufrir la ruina física y mental como consecuencia de haber abusado del alcohol durante muchos años.

La clasificación de las etapas más aceptada es la de Jellinek, siendo el criterio en que se basa principalmente el nivel de gravedad, que es quizás el más empleado de todos.

Jellinek utilizó en su clasificación ese factor, pero también las complicaciones físicas y la dependencia psicológica y/o física del alcohol, para llegar a proponer cinco formas distintas de alcoholismo, a las que les dió nombres de letras griegas:

Alcoholismo Alfa.- Se trata de una dependencia exclusivamente psicológica, que se debe al hecho de que el alcohol aporta al individuo un alivio en sus molestias físicas o a sus conflictos emocionales. No existe en este caso ni la pérdida del control, ni la incapacidad para abstenerse. Tampoco se puede apreciar una evolución progresiva, y en realidad, no se trata aún de una verdadera enfermedad, sino de una forma neurótica de consumo de alcohol. Afecta a quienes tiene problemas del carácter y sufren conflictos relacionados con la ansiedad y la frustración; el alcohol es para ellos un tranquilizante muy efectivo.

Alcoholismo Beta.- Se caracteriza por las complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada de alcohol, como la gastritis, la polineuritis (inflamación de los nervios periféricos, principalmente de los miembros inferiores) y la cirrosis. Como no existe la dependencia física no se presenta el síndrome de abstinencia o supresión, pero puede haber dependencia psicológica.

Alcoholismo Gama.- En este tipo de alcoholismo, de mayor gravedad, sí hay dependencia física y psicológica con pérdida del control o pérdida de la libertad para moderarse en la bebida. El be-

bedor puede dejar el alcohol durante semanas y aún meses, pero al volver a ingerirlo pierde totalmente el control. Según --- Jellinek, esta forma de alcoholismo se encuentra principalmente en los Estados Unidos de América y en los países anglosajones. Puede presentarse el síndrome de abstinencia.

Alcoholismo Delta.-Aquí también existe una dependencia física y psicológica, pero a diferencia del alcoholismo Gama, el sujeto no puede abstenerse de beber ni aún por unos días. Se presenta el síndrome de abstinencia. Esta forma de alcoholismo es más común en los países cuya fuente principal de alcohol ingerible es el vino.

Alcoholismo Epsilon.-Es el alcoholismo periódico, también llamado --- dipsomanía. No debe confundirse con el tipo Gama que tiene también períodos de abstinencia.

La Terapia Conductual define al alcoholismo, como el resultado de un hábito aprendido de un beber incontrolable, que es usado por el individuo en un esfuerzo para reducir un desequilibrio en la homeostásis psicológica. (Blake,1965).

De acuerdo a esta definición, una variedad de condiciones emocionales pueden causar un desequilibrio en la homeostásis psicológica, tales como, miedo, enojo, ansiedad, la falta de asertividad, júbilo y gusto. Así, tenemos que se trata de un hábito aprendido, en la forma de un beber incontrolable que ha empezado a ser una respuesta dominante en una jerarquía de posibles respuestas a un desequilibrio homeostático psicológico. (Blake,1965).

La emergencia de un beber incontrolable como respuesta dominante es explicada por la Teoría del Reforzamiento expuesta por Dollard y Miller (1950). Cualquiera puede llegar a ser alcohólico si trabaja para ello fuertemente. Esta afirmación desmiente a aquéllos que trabajan en el campo del alcoholismo y que enfatizan el concepto de "enfermedad" y que se inclinan por encontrar una descripción precisa de la personalidad alcohólica así como por encontrar un patrón etiológico homogéneo.

En ciertas etapas del desarrollo de este hábito, el alcohol puede ser visto como reductor de algunas funciones y puede continuar haciéndolo. El hábito, de cualquier manera, habiéndose arraigado puede ser autónomo. Esto está relacionado con la "autonomía funcional" descrita por Allport (1961): "lo que fue meramente deseado como un remedio para alguna cosa, puede llegar a formar un hábito deseado para la seguridad propia". Esto quiere decir, que esta etapa es alcanzada --- cuando el alcohol ha cesado la relación que tenía en la reducción de cualquier disturbio identificable de la homeostásis psicológica; es --- más, el alcoholismo ahora empezará a generar sus propias y peculiares tensiones y disturbios en el bienestar personal. Esto está claramente implicado en aquellas definiciones del alcoholismo que toman en cuenta la eficiencia personal del alcohólico en el trabajo, en la sociedad, en el hogar. De esto, la definición del alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud, es representativa.

Cahalan (1970), emplea el término "bebedor problema" para referirse a un amplio porcentaje de individuos, es decir, para cualquier ra que experimenta problemas significativos en su vida relacionados con su ingesta de alcohol. Y, así mismo, Miller y Caddy (1977), emplearon el término alcohólico para referirse a aquellos bebedores problema que ya están mas seriamente incapacitados. Es decir, todos los alcohólicos son bebedores problema, pero no todos los bebedores problema son --- alcohólicos.

ALCOHOLICOS Vs BEBEDORES SOCIALES.

Antes de intentar inculcar patrones de ingesta controlados en alcohólicos, algunas preguntas básicas deben ser contestadas. Estas -- preguntas se refieren a la naturaleza del proceso de ingesta social.

Mientras investigadores han estado estudiando los patrones de ingesta del alcohólico durante años, se tiene poca información de la -- ingesta de los individuos no alcohólicos.

Datos sociológicos y clínicos, indican que los bebedores sociales beben en situaciones mas socialmente circunscritas que los --- alcohólicos. Esto es, su ingesta es mas probable que ocurra en reuniones sociales, días de fiesta, celebraciones, antes de una cena o con la cena algún vino. Aunque pueden alguna vez usarlo para aliviar el - stress, ésto no lo llevan a cabo como algo habitual. Pero mientras -- las preguntas de por qué?, cuándo? y dónde? los bebedores sociales - consumen alcohol están poco claras, el "cómo" de la ingesta social -- ha sido delineada en investigaciones experimentales.

Sobell, Schaefer y Mills (1972), después de varios estudios - experimentales hicieron un resumen de los resultados, sacando un perfil de la conducta de bebedores sociales y de alcohólicos.

PERFILES DE LA CONDUCTA DE INGESTA DE ALCOHOLICOS Y BEBEDORES SOCIALES

ALCOHOLICO

1. Casi siempre bebe más de 12 co pas en un período de 4 horas.
2. Generalmente ordena copas solas.
3. Toma sorbos grandes, no importa el tipo de bebida.
4. Bebe más rápido que un bebedor social, algunas veces -- hasta tres veces más rápido.

BEBEDOR SOCIAL

1. Rara vez bebe más de 12 copas en un período de 4 horas.
2. Comúnmente ordena copas combinadas (con refresco o agua gaseosa).
3. Toma sorbos pequeños, no importa el tipo de bebida.
4. Bebe considerablemente mas des pacio que un alcohólico.

- | | |
|--|--|
| 5. Sorbe más despacio que el bebedor social, pero los sorbos son más grandes que los del bebedor social. | 5. Toma los sorbos más rápidos que el alcohólico, pero los sorbos son más pequeños que los del alcohólico. |
|--|--|
-

Los perfiles anteriores fueron obtenidos de (Sobell, M.B., -- Schaefer, H.H. y Millis, K.C., 1972).

Estos perfiles ciertamente no están completos, pero proveen un punto de partida objetivo para construir perfiles de ingesta.

Un análisis más práctico, mientras más controlado experimentalmente sea, proveerá datos más reales de patrones de ingesta.

Tomar en cuenta las variables de edad y educación de los sujetos es esencial. Las diferencias en los patrones de ingesta pueden estar relacionados con el status socio-económico y/o de la edad.

Por lo tanto, las normas de ingesta para estos grupos se deben desarrollar separadamente.

SINTOMATOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

La sintomatología se refiere al conjunto de síntomas y signos que caracterizan una enfermedad.

El modelo de enfermedad describe una sintomatología bastante típica en los estados avanzados aunque menos reconocible en los inicios del trastorno, que debe servir como elemento clínico para el diagnóstico.

Marty Mann en 1958 en su libro titulado *New Primer on Alcoholism*, describe una serie de síntomas y datos esenciales que podemos apreciar en la conducta del alcohólico, dividiendo éstos en tres etapas que se mencionan a continuación.

I. Síntomas Iniciales; alcoholismo incipiente (período que consume unos 10 años aproximadamente).

El sujeto, ya un consumidor regular de bebidas alcohólicas, se hace promesas a sí mismo y a los demás de beber menos o de ya no volver a beber. Dice mentiras: disminuye intencionalmente el número de copas tomadas o niega haber ingerido bebidas alcohólicas aún ante la evidencia en contrario. Toma con rapidez y se queja de que otros lo platican demasiado. Suele tomar una o más copas antes de asistir a una reunión o espectáculo en los que se servirán bebidas. Tiene ciertos momentos escogidos para beber: antes de la comida, al término del trabajo, antes de cenar o de eventos especiales e igualmente con motivo de ciertos grados de ánimo: cansancio, nerviosismo, depresión. Sus hábitos de alimentación no están muy afectados, pero puede verse ya una tendencia a dejar más sitio a la bebida durante las comidas, a tratar de mejorar el apetito con licores especiales, a prolongar mucho el tiempo de la ingestión de alimentos, etc.

II. Síntomas Intermedios. (Ocupan de dos a cinco años a partir de la terminación del período anterior). Las promesas y mentiras son ahora más frecuentes y más graves, pues el bebedor excesivo tiene que

ocultar el hecho de que él bebe en una forma diferente. Generalmente trata de crear el mito de que se detiene cuando quiere y los -- engaños tienen por objeto apoyarlo a pesar de que en su interior se da cuenta de su incapacidad. Al mentir y prometer persigue también otros fines: evitarse problemas en el trabajo, no exponerse a las críticas, prevenir escenas en el hogar. Se distingue por beber más y más rápidamente que sus amigos y por estar siempre preparado para las oportunidades de hacerlo; inicia la comida con ya cierto grado de intoxicación y su alimentación suele ser muy irregular e insuficiente. Con frecuencia está irritable, cansado o deprimido y necesita una copa para sentirse mejor. Durante las últimas etapas - de este período intermedio aparecen o se acentúan algunas manifestaciones importantes: el sujeto empieza a beber a horas que antes eran respetadas, bebe en forma solitaria, se excede durante el fin de semana, pasándolo a veces en estado continuado de ebriedad manifiesta, bebe al despertarse e inicia la semana de trabajo en mal estado físico. Un dato importante y fácilmente reconocible es el de que su irritabilidad se intensifica durante los cortos períodos de abstinencia.

III. Síntomas Tardíos. Alcoholismo Avanzado: hasta la muerte, la pérdida de salud mental o la recuperación.

Ahora el alcohólico bebe para vivir y vive para beber, come muy poco y sin orden y permanece en estado de ebriedad en momentos --- muy inadecuados. Los olvidos de lo ocurrido durante el estado de - embriaguez aumentan, los períodos de intensa y continua ingestión de alcohol son más prolongados. Esta es la etapa en que se pierde el trabajo y se desciende irreversiblemente en la escala social - y en la calidad del empleo. Como la adicción es ya grave, ha de -- conseguir dinero recurriendo a cualquier medida, por lo cual tiene - problema con la justicia. La relación familiar es imposible o se ha perdido y es frecuente ver que el alcohólico parece indiferente - ante el sufrimiento de los suyos. Las complicaciones físicas son - la regla y aún la pérdida del sentido del tiempo. Al llegar al final de esta etapa sólo se tiene dos opciones: el derrumbe definiti

vo hacia la invalidez y la muerte o la de recurrir a una ayuda es pecializada para recibir el tratamiento más adecuado,

Así es como esta farmaco-dependencia va deteriorando la personalidad y la vida social y familiar de quien la padece, pero desgraciadamente nadie cree ser un alcohólico cuando está en las primeras etapas ya que tiene en su defensa diversos argumentos a la mano para negarlo.

Resumiendo, en realidad no puede decirse que hay un solo patrón de conducta del alcohólico, ya que cada alcohólico tiene sus propios caminos, pero todos tienen las siguientes características: el hábito de beber alcohol se les ha vuelto incontrolable; la tolerancia al alcohol en las primeras etapas es mayor, es decir, el sujeto puede ingerir notables cantidades de alcohol sin que se le suba fácilmente, pero más adelante sucede exactamente lo contrario y esto puede suceder antes de que termine la primera fase de la sintomatología, entre los 5 y los 10 años, lo que indica que la gravedad del problema ha aumentado, ingiriendo el sujeto mayores dosis para alcanzar los mismos resultados.

IV. CONSECUENCIAS MAS IMPORTANTES DE LA INGESTA EXCESIVA DE ALCOHOL.

1. Repercusiones del alcoholismo desde el punto de vista de Salud Pública.

Según la Organización Mundial de la Salud (1980), los estragos causados por el consumo immoderado se presentan en varios niveles: en cuanto al individuo, propiamente serias alteraciones en el organismo, principalmente en el hígado, ocasionando cirrosis hepática, que en México, figura entre las cinco principales causas de defunción entre los 25 y 46 años de edad. Probablemente gastrointestinales, circulatorios; produce también una diversidad de alteraciones psíquicas graves y algunas veces irreversibles, como son la encefalopatía de Wernicke, la psicosis de Korsakoff, los trastornos en las funciones cognitivas y cierto grado de atrofia encefálica. Algunos estudios señalan que entre los bebedores excesivos de alcohol el índice de mortalidad puede ser de 2 a 4 veces mayor que entre la población general.

En cuanto a los problemas que ocasiona a nivel familiar, podemos señalar: la desintegración del núcleo familiar; el ejemplo negativo para los hijos por el hábito de los padres como una manera de las presiones y problemas que los aquejan; el maltrato a los hijos; el aumento de la delincuencia entre los jóvenes; las carencias ocasionadas por la falta de recursos económicos para la alimentación, educación y vivienda de los hijos, la pérdida de amistades y los daños ocasionados al feto si la madre está embarazada y bebe durante este período.

Para la sociedad, entre otras muchas, se encuentran consecuencias como: el ausentismo laboral, los actos de violencia, suicidios, homicidios y violaciones, los accidentes de tránsito y los laborales, la pérdida de mano de obra calificada y los altos costos que implica atender los problemas ocasionados por el alcohol a nivel de los servicios legales y sobre todo de los servicios de salud.

2. Magnitud del problema.

Los estudios para medir la magnitud de los problemas relacionados con el consumo de alcohol, se enfrentan a una gama de dificultades debido a lo heterogéneo de la información. Se cuenta sin embargo, - con una gran variedad de estudios que nos ilustran estadísticamente las repercusiones del mismo en la sociedad.

De la Fuente (1981) señaló que, en la ciudad de México, el -- 81.7% de las intoxicaciones que se atienden en los hospitales se debieron a problemas causados por la ingestión de alcohol; la mortalidad causada por la cirrosis hepática figura en nuestro país en el noveno lugar entre las causas de mortalidad general, con una tasa de 20 por 100,000 habitantes. La relación de abuso del alcohol con actos violentos en forma de accidentes, lesiones y homicidios es muy alta. En 1976, los accidentes tuvieron el cuarto lugar como causa de mortalidad general, con una tasa de 39.7 por 100,000 habitantes y en 1981 ocuparon el primer lugar como causa de muerte entre la población de 15 a 55 años de edad. Por lo que se refiere a homicidios, en 1976, éstos se colocaron en el décimo segundo lugar, con una tasa de 16.5 por 100,000 habitantes, pero en algunas regiones del país la tasa fue del 84 por 100,000 habitantes. En una proporción elevada de los casos de violencia, no menor de 50%, el alcohol ha estado presente en los protagonistas y también en no menos del 18% de los accidentes de tránsito.

La S.S.A. (1981) a través de su "Programa Nacional de Prevención de Accidentes" pudo establecer que el alcohol es un factor asociado en aproximadamente el 50% de todas las defunciones por vehículos de motor; estos accidentes matan a 25,000 mexicanos al año.

Aunque no existen estudios, es muy probable que coadyuve a un considerable porcentaje de los accidentes de trabajo e incluso de los del hogar.

Según diversas estimaciones recientes hechas sobre el problema del alcoholismo, la edad mas frecuente en el consumo de los mexicanos es entre los 25 y los 55 años de edad y es particularmente preocupante que si en 1966 por cada 100 hombres que bebían regularmente lo hacía una mujer, en 1983 la cifra se elevó a 40 mujeres por cada 100 hombres.

El Instituto Mexicano de Psiquiatría realizó recientemente investigaciones que señalan que en la población mayor de 20 años, entre el 5.7 y 7% muestra problemas biopsicosociales relacionados en alguna forma al alcoholismo. La Organización Mundial de la Salud, a través de la investigación transcultural que realizó en Zambia, Canadá, Escocia y México (Clínica San Rafael en Tlalpan) encontró que las dos terceras partes de los mayores de 18 años son bebedores fuertes, ésto es, el 64% de los hombres.

En 1982, la Secretaría de Salubridad y Asistencia informó a la legislatura en turno, que cada año 75,000 adolescentes empiezan a consumir regularmente alcohol, el 15% de la fuerza productiva del país bebe regularmente ocasionando pérdidas por ausentismo laboral, accidentes en la industria y en las carreteras; y en las calles de las ciudades robos, asaltos, violaciones, por un montototal en pérdidas de 200,000 millones de pesos al año.

De esta información, podemos inferir que los problemas relacionados con la ingesta de alcohol se encuentran sin ninguna duda, entre los más sobresalientes de salud pública en el país.

V. ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

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

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

A. MODELO DE ENFERMEDAD.

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

Como inicialmente propuso Jellinek (1960), el concepto se aplica a aquellos individuos que muestran una "falta de control" en su forma de beber (pérdida de control de la ingesta). La interpretación tradicional de este modelo, en cuanto se refiere al tratamiento, es que una vez alcohólico siempre se es alcohólico. Es por eso que los miembros de Alcohólicos Anónimos, quienes generalmente no beben, son vistos como alcohólicos restablecidos, a pesar de que probablemente ellos han estado sobrios por 10 ó 20 años. Esta "pérdida de control", evidenciada por un irresistible deseo vehemente o urgencia, conduce a un beber continuo hasta el punto de intoxicarse después de beber una copa.

Este modelo originalmente fue propuesto con el fin de cambiar el status de alcoholismo visto como un acto inmoral, pecaminoso. Parece que esta finalidad ha sido alcanzada parcialmente por lo menos. Parece ser que los alcohólicos han sido enseñados con este concepto de enfer-

medad, a aceptar más satisfactoriamente su problema que el público en general.

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

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

Terapéuticamente, la utilidad de "pérdida de control" o el concepto de enfermedad, es altamente polémico. Alcohólicos Anónimos consideran esta noción como la central para mantener la sobriedad de sus miembros. Hay, de cualquier manera, varios elementos contraterapéuticos en esta concepción, que han sido señalados por varios autores (Robinson, 1972; Sobell y Sobell, 1974). Clínicamente el concepto de enfermedad -- tiende a tomar la carga de la responsabilidad para el cambio del alcohólico. De esto se desprende que los alcohólicos con frecuencia creen que ya sea la desintoxicación y/o el tratamiento médico, curarán el alcoholismo. De hecho, el concepto de enfermedad lega la responsabilidad de tratar el abuso del alcohol al médico. Como Robinson (1972) señala, la profesión médica está poco preparada para tratar este problema, hasta el punto de no quererlo hacer o estar incapacitado para reconocer su existencia.

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

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

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

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

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

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

B. MODELO SOCIOLOGICO.

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

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

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

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

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

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

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

Existe alrededor de las bebidas alcohólicas toda una cultura - que conforma las costumbres del consumo y el tipo de bebida que se consume, así como los lugares y modos de la ingesta. Estas costumbres están relacionadas con las creencias y los valores de la sociedad. Es -- indiscutible que cada sociedad impone sus reglas de ingestión, determinando las actitudes y conductas que son legítimas y las que no lo son.

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

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

Además de estos estudios de sociedades que fomentan una conducta favorable en lo referente al consumo, existen otros como el del Bales (cit. en Velasco) que señala las diversas formas en que la organización social influye en la magnitud del problema, como por ejemplo: una sociedad que produce tensiones internas agudas como la culpabilidad, la agresión contenida y los conflictos sociales y cuya actitud hacia el alcohol es la de aceptarlo utilitariamente como un reductor de tales tensiones, siempre desarrolla con mayor intensidad el problema del alcoholismo.

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

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

C. MODELO ECONOMICO.

Los señalamientos anteriores los podemos apoyar a partir de los resultados que arrojan algunos estudios sobre la producción de bebidas, la distribución de las mismas y las preferencias en el consumo por parte de la población.

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

tiladas 61% (O.M.S. 1980).

En México, cada minuto se producen 4,885 litros de cerveza. En 1979, se fabricaron 2,565 millones 562,200 litros de cerveza, que permitieron clasificar a esta industria como la más fuerte después de la automotriz siderúrgica. Se ha calculado que esta industria valía antes de la crisis económica 24 mil 422 millones de pesos (S.S.A. 1979-1982).

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

Un factor importante en el alcoholismo es la facilidad para adquirir bebidas alcohólicas -aún para menores de edad- por la abundancia de los establecimientos dedicados para su venta, su diversidad para satisfacer el gusto de los bebedores y los incentivos para beber en el hogar, con los compañeros de trabajo y en los lugares de recreación, aún en el deporte.

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

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

Márquez (1981) señala que mientras la producción de pulque, -prácticamente estancada, pasa de 244 a 282 millones de pesos, los vinos y la cerveza de 2,255 y 1980 millones de pesos, entre 1970 y 1980

respectivamente, lo que ha repercutido en el consumo de bebidas de alta graduación. Por ejemplo, el consumo per cápita de brandy y el de cerveza de 30 a 40 litros de 1970 a 1981.

En este año y también en este sentido, Bernak apunta el crecimiento desproporcionado de bebidas como la cerveza, que desplaza al pulque, y cuyo consumo avanza de 3.5 a 40.0 litros por persona entre 1925 y 1982, la introducción de aguardientes de diferentes materias primas, como la uva, algunos cereales y tubérculos, originarios de otros países y en manos de empresas transnacionales.

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

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

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

Así mismo, la demanda que se impulsa mediante costosas y amplias campañas de publicidad mantiene un ritmo ascendente: crece a razón de 20.3% anual. Sólo en lo que se refiere a las bebidas alcohólicas derivadas de la vid, el consumo per cápita de vinos y brandys era de 2.4 litros en 1980 se estima que para 1985 será de 3.4 litros por habitante. Durante este año se espera una demanda de 205.9 millones

de litros de productos vitivinícolas, de los cuales, más de la mitad - (159.3 millones) serán brandys, (Muro, 1982),

D. MODELO FISIOLÓGICO

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

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

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

Goodwin, Schlsinger Moller, Hermansen, Winkur y Guze (1974) en un estudio comparando hijos adoptivos y no adoptivos de alcohólicos, - concluyeron que los factores medioambientales parecieron contribuir - poco al desarrollo del alcoholismo en hijos de verdaderos alcohólicos. La evidencia de la teoría hereditaria del alcoholismo está lejos de -- ser concluida.

Es también probable que más que ser un eslabón genético directo sea indirecto, en términos de la predisposición fisiológica. Tomando en cuenta esto, un individuo con una tolerancia gastrointestinal -- baja al alcohol abusará menos del alcohol, ya que después de una o - dos copas experimenta un leve malestar o náusea. El alcohólico proba-

blemente inicialmente es capaz de tolerar más y por lo tanto obtiene menor información negativa.

E. MODELO PSICOLOGICO.

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

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

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

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

1. El alcoholismo es el resultado de tendencias inconscientes de auto-destrucción, homosexualidad latente, o fijación en la etapa oral -- de desarrollo.
2. El alcoholismo representa una necesidad de poder y autonomía.
3. El alcoholismo está relacionado con las necesidades de reprimir -- hostilidad y dependencia.

La evidencia de estas explicaciones está en la actualidad inconclusa, en parte debido a la falta de estudios en los que estos ---

factores son usados para predecir el abuso del alcohol. Además, es probable, que aquellas personas que abusan del alcohol y que exhiben un comportamiento dependiente, por ejemplo, éste puede ser resultado de su exceso en el beber más que la causa.

F. MODELO EMPIRICO DEL COMPORTAMIENTO.

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

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

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

Esta simple aproximación no representa la posición común de -- las aproximaciones conductuales al abuso del alcohol, pero sí representa una fuerza objetiva, empírica, con imposiciones observables, con una forma de evaluación sistemática de los resultados clínicos y el uso de procedimientos clínicos válidos. El resultado de este modelo ha sido la proliferación de técnicas de tratamiento basadas en conocimientos científicos del aprendizaje y del comportamiento, su estructura de trabajo es básicamente metodológica. Esto es, ésta proporciona un sistema de -- metodología experimental usando imposiciones objetivas y evaluaciones para incrementar el conocimiento en el área. Dentro de esta forma de -- trabajo, las estrategias de tratamiento son basadas empírica más que -- teóricamente.

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

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

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

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

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

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

VI. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INGESTA DE ALCOHOL

A. FACTORES EMOCIONALES.

La relación entre stress y beber excesivo ha sido durante largo tiempo considerada importante en la etiología del alcoholismo. Se ha visto que las situaciones que producen ansiedad pueden servir como clave para abusar de la bebida.

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

La mayor evidencia para apoyar o refutar esta hipótesis de tensión-reducción, está basada en experimentos con animales. Capell y Herman (1972), llevaron a cabo una revisión crítica de las investigaciones hechas con animales y humanos en esta área y concluyeron -- que la mayor evidencia era negativa, equivocada y contradictoria. Ellos observaron que la hipótesis de tensión-reducción no ofrece en la actualidad una explicación válida para beber excesivamente.

Investigaciones recientes con alcohólicos crónicos hospitalizados indican que contrariamente a la suposición popular de tensión-reducción, los alcohólicos crónicos experimentados aumentaron su ansiedad y depresión desde que empezaron la ingesta. Mendelson 1964; McNamee, Mello y Mendelson, 1966, Nathan y O'Brien, 1971, encontraron a los alcohólicos más deprimidos, menos activos y más patológicos después de

la ingesta. Se debe tomar en cuenta las características de los alcohólicos crónicos, ya que la ingesta en estos individuos puede ser mantenida por factores un poco diferentes a aquellos factores asociados con el consumo de alcohol de alcohólicos menos deteriorados. (Los alcohólicos crónicos beben diariamente, como forma de vivir, y su ingesta parece estar más influenciada por eventos mediambientales o fisiológicos).

Es interesante observar que los bebedores normalmente no demuestran aumento en ansiedad como consecuencia de la ingesta de alcohol. -- Mello (1972) observó que los bebedores sociales generalmente experimentan cambios positivos del estado de ánimo cuando consumen alcohol, pero cuando las cantidades consumidas aumentan se observa aumento significativo en ansiedad y depresión. (Williams, 1966). Los alcohólicos muestran estos cambios displacenteros en el estado de ánimo aún después de pequeñas cantidades ingeridas de alcohol. (Mayfield, 1968).

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

B. FACTORES SOCIALES

La influencia de factores sociales-interpersonales en el consumo de alcohol han sido investigados en varios estudios.

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

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

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

La presión de grupo y el modelamiento social son formas de interacción social que pueden influir directamente en el consumo de alcohol. Goldman, Taylor, Garruth y Nathan (1973) investigaron los efectos de las normas de grupo en el consumo de alcohol y encontraron que el patrón individual de ingesta de cada miembro del grupo fue significativamente influenciado por las normas establecidas por el grupo. Marlatt (1974) habiendo realizado un estudio parecido obtuvo resultados similares. Estos resultados pueden tener implicaciones importantes para el estudio del desarrollo y tratamiento del alcoholismo.

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

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

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

que un individuo consume.

C. FACTORES COGNITIVOS.

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

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

D. FACTORES SITUACIONALES.

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

E. FACTORES FISIOLÓGICOS.

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

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

VII, TRATAMIENTO

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

Desintoxicación.

Es un procedimiento médico para ayudar al alcohólico durante el período en el cual se le retira el alcohol. Ahora ya está bien establecido que el alcohol puede producir una clara y severa adicción fisiológica, con una predecible secuencia de síntomas que ocurren cuando el nivel de alcohol en la sangre disminuye durante la retirada del alcohol.

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

APROXIMACIONES DE TRATAMIENTO ORIENTADAS A LA "ABSTINENCIA"

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

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

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

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

Disulfiram. De todos los agentes químicos que han sido usados en el tratamiento del alcoholismo, probablemente el más popular ha sido la disulfiram (su nombre en el mercado Antabuse). Accidentalmente fue descubierto que el Antabuse produce reacciones violentas displacenteras en los humanos cuando es combinado con el uso de bebidas alcohólicas. Esta reacción conocida como reacción de disulfiram-etanol, está caracterizada por la llegada masiva de éste al sistema nervioso autónomo. Los síntomas de la reacción disulfiram-etanol incluyen, calor, náusea y vómito, dolor de pecho, disnea, debilidad, dificultad para respirar, corazón acelerado, y una marcada disminución de la presión arterial. Algunos individuos que han experimentado esta reacción, han dicho que sintieron como si fueran a morir. La razón precisa para estos síntomas no es aún clara hasta la fecha. La explicación más común es que la disulfiram bloquea la acción de una enzima específica, aldehí-deshidrogenasa, que está incluida en el metabolismo de la sustancia -- acetaldehído, un producto metabólico del alcohol. En ausencia de esta enzima necesaria, los niveles de acetaldehído suben en el organismo tanto como haya alcohol en el torrente sanguíneo. La disulfiram también altera los niveles de la química cerebral (ej. dopamina, norepinefrina), necesarias en la --- transmisión neuronal (Amit y Levitan, 1977; Lake et al., 1977; Rosenfeld, 1960).

Efectos secundarios. Los profesionales que incluyen disulfiram en los paquetes de tratamiento deben conocer la posibilidad de efectos secundarios. Estos incluyen, erupciones en la piel, fa

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

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

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

De cualquier manera, actualmente es imposible concluir que estos efectos observados son debidos a la acción específica de la disulfiram o a otros factores no especificados, tales como placebo y diferencias individuales en la motivación de los pacientes. Becker (1979) concluye "que nuestro actual conocimiento sugiere que la disulfiram es un placebo activo en las dosis usadas clínicamente". (p.297). La eficacia de la disulfiram con pacientes involuntarios es desconocida hasta el presente debido a la falta de investigaciones controladas. Los dos estudios más frecuentemente citados de disulfiram oral --

(Gerard y Saenger, 1966; Wallerstein, 1957) observaron el éxito de esos pacientes alcanzando una ingesta moderada y el mejoramiento en las funciones sociales. La ingesta controlada también ha sido reportada entre algunos pacientes a los que les fue implantada la disulfiram (Kine y Kingstone, 1977).

Citrated Calcium Carbimide.-(Cyanamide). Los efectos secundarios del disulfiram han hecho que se investigue una droga alternativa que pudiera sensibilizar al paciente con menor riesgo y el citrated calcium carbimide ha sido explorado como una alternativa, sin embargo, no es comúnmente utilizable por prescripción en los Estados Unidos. Las investigaciones sugieren que éste produce menos efectos tóxicos que el disulfiram y parece que provoca menos stress en el sistema cardiovascular si se llega a consumir alcohol. La única investigación extensa sobre la efectividad del citrated calcium carbimide ha sido conducida en Japón; los reportes indican altas tasas en el éxito de ingesta moderada, pero bajas tasas en abstinencia.

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

Psicotr6picos.-Los medicamentos psicotr6picos son aqu6llos encaminados a influir directamente en el estado mental y a aliviar s6ntomas tales como depresi6n y ansiedad. Los psicotr6picos han sido usados extensamente en el proceso de desintoxicaci6n ---- (Gessner,1979; Rada y Kellner,1979), pero aqu6 se les revisar6 en atenci6n a su uso con bebedores problema en un esfuerzo para reducir o eliminar el abuso del alcohol. El supuesto b6sico aqu6 es, si ciertos s6ntomas psiqui6tricos son aliviados, el uso excesivo del alcohol tambi6n ser6 disminuido o suprimido. Desafortunadamente la mayor6a de los estudios evaluativos han examinado 6nicamente el impacto de las drogas con medidas psicol6gicas, tales como escalas de depresi6n o el Inventario Multif6sico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), sin determinar directamente los cambios en la conducta de ingesta. Los per6odos de seguimiento tambi6n han sido cortos, generalmente unas pocas semanas. Haciendo una s6ntesis de la metodolog6a en esta 6rea, Baekland (1977) escribi6: "El tratamiento del alcoholismo con drogas, ha sido una de las 6reas de investigaci6n tratadas menos cuidadosamente y mec6nicamente, menos cuidadosamente debido a la enorme proliferaci6n de estudios sin control, y mec6nicamente debido a la aplicaci6n confusa de t6cnicas doblemente confusas, que no toman en cuenta muchos de los requisitos metodol6gicos importantes (p.471)".

Tranquilizantes Menores.-Despu6s del Alcohol, los tranquilizantes menores representan algunas de las drogas m6s ampliamente usadas y abusadas en nuestra sociedad. Estas drogas han sido prescritas para los alcoh6licos primeramente debido a su acci6n de anti-ansiedad, que calma sin ser tan fuerte como los barbit6ricos y con un riesgo aparentemente menor de adicci6n farmacol6gica.

Entre los tranquilizantes, el clorodiazep6xido (nombre en el mercado Librium) es el m6s com6n.

Los resultados obtenidos en los estudios realizados con tranquilizantes menores, no son optimistas acerca de su eficacia con bebedores problema, y evidencias limitadas sugieren que su efecto puede ser negativo en cierta poblaci6n.

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

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

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

De cualquier manera, las drogas psicotrópicas actualmente siguen siendo uno de los métodos de tratamiento más comúnmente usados para bebedores problema (Pattison,1977), a pesar de que su efectividad para tratar a bebedores problema no tiene bases científicas.

B. TERAPIAS AVERSIVAS

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

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

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

Terapias Aversivas con Agentes Químicos.-Drogas que producen náuseas, (Voegtlin, Lemere y asociados al Hospital Shadel en Seattle, Washington,) empezaron a crear la aversión con emetina en --1935 (Voegtlin, 1940). El procedimiento típicamente consistía en una inyección intramuscular de emetina hydrochloride, que producía náusea y vómito cuando se ingería alcohol. Esto ocurría en 30 minutos aproximadamente y el paciente recibía 5 se--siones de condicionamiento aversivo.

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

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

Después de diferentes estudios realizados, en los que la diferencia entre el placebo y la aplicación de succinylcholina no fue significativa, además de los estudios poco exitosos y la naturaleza drástica del tratamiento, la terapia aversiva de - succinylcholina ha caído en un justificable desuso.

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

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

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

La aversión eléctrica ha recibido una extensa investigación - en los siguientes 50 años. Una variedad de grupos sin control y estudios de casos han reportado un porcentaje de tasas de me joría que oscilan entre el 0% y 60: (Blake, 1965, 1967, Cimine- ro, et al., 1975; Classon y Malm, 1973; Asu, 1965, McGuire y -- Vallance, 1965; Michaelsson, 1976; Miller y Hersen, 1972; Moros-

ko y Baer,1970).

Pero, debido a que la aversión eléctrica ha sido ofrecida frecuentemente a los clientes como un elemento en programas de tratamiento multimodales (Lovibond y Caddy,1970), uno puede preguntarse si el componente aversivo del choque es necesario o suficiente para el éxito del tratamiento.

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

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

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

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

vómito.

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

C. H I P N O S I S .

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

En este tipo de tratamiento el cliente es visto en un rol pasivo, perdiendo el control personal y el tratamiento puede parecer -- que tiene cualidades mágicas. La literatura reciente en el área de Auto-Control y modificación conductual cognitiva (ej. Meichenbaum, 1977) puede argumentar que este tipo de perspectiva (cambios externamente impuestos con poca actividad incluida por parte del cliente) puede no resultar un éxito duradero, porque a la persona no se le ha enseñado ninguna habilidad conductual nueva o procesos cognitivos adaptativos - para tratar las presiones intrapersonales e interpersonales que pueden conducirlo a recaer.

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

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

D. PSICOTERAPIA

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

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

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

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

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

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

Resumiendo: Las investigaciones realizadas indican que la psicoterapia de insight no representa un tratamiento apropiado para alcohólicos. -- Investigaciones controladas señalan un alto grado de deserción y más baja o igual efectividad en comparación con otros métodos alternativos de tratamiento (cf.Gomes-Schwartz et al.,1978). Una posible razón --- para la respuesta pobre de los alcohólicos a las terapias de insight, es el déficit en abstracción cognitiva y habilidades de memoria asociadas con el uso crónico de alcohol (Eckardt et al.,1978; Herster,1979; Miller & Orr, in press). Además, la psicoterapia, en general, dura mucho tiempo y las investigaciones recientes no apoyan la superioridad de intervenciones intensivas de larga duración sobre menos extensas y costosas alternativas (cf.Christensen et al., 1978; Edward et al.,1977). La duración de la psicoterapia y el grado de entrenamiento profesional que requiere su administración, combinados con algunos resultados desfavorables obtenidos en la literatura revisada, no tienen un buen pronóstico por el costo-efectividad de la psicoterapia como un tratamiento de primera modalidad para el alcoholismo.

E. OTRAS APROXIMACIONES.

Alcohólicos anónimos.

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

La filosofía y raíces históricas de Alcohólicos Anónimos pueden encontrarse detalladamente descritas en *Alcoholic Anonymous*, 1955; Alibrandi, 1973; Blumberg, 1977; Leach y Norris, 1977).

Vale la pena hacer notar, de cualquier manera, su consistencia a través de una amplia variedad de clases socioeconómicas, todos los grupos usan los mismos materiales como referencia, emplean reuniones similares y son guiados por alcohólicos restablecidos.

Los intentos para evaluar la efectividad de Alcohólicos Anónimos se han encontrado con muchos problemas metodológicos, entre ellos la anonimidad de los miembros que no permite un seguimiento. La mayoría de los estudios han fallado en la inclusión de un grupo control, debido a la disponibilidad de Alcohólicos Anónimos de ayudar a todos los que -- estén interesados.

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

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

Terapias de Grupo.

Las aproximaciones de grupo para el tratamiento del alcoholismo se iniciaron en 1940, siguiendo a la Segunda Guerra Mundial, en parte, debido a la necesidad de métodos más eficientes para tratar a un gran número de individuos (Hartocollins y Sheafor, 1968). El término "terapia de grupo" como el de "psicoterapia", incluye una amplia variedad de procedimientos y orientaciones teóricas (Battegay, 1977; Blume 1978a, Doroff, 1977, Sands y Hanson, 1971; Scott, 1976).

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

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

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

A pesar de que un gran número de grupos ha incluido psicoterapia de -- grupo entre los procedimientos evaluados, los problemas metodológicos comunes oscurecen la interpretación de los resultados. La naturaleza precisa del procedimiento de grupo es frecuentemente inespecífico, y técnicas diferentes se sobreponeen mucho frecuentemente. Esto es, por ejemplo, una interferencia considerable entre psicodrama y procedimientos de terapias conductuales comunes, asimismo entrenamiento de aserción y ejercicio conductual (Blume et al., 1978; Kelly, 1978). Las técnicas grupales se usan raramente aisladas. La sobreposición es común

entre terapia de grupo y A.A., son métodos grupales pero diferentes -- por su forma de auto-ayuda y la membresía permanente (Hartocollis y -- Sheafor, 1968; Prusch, 1976). Las tasas de deserción son frecuentemente altas y los métodos de seguimiento se han apoyado en cuestionarios y -- otros métodos de auto-reportes. Si todos los reportes de psicoterapia de grupo con pacientes alcohólicos son positivos, si no es que hasta -- entusiastas, es porque los resultados reportados son principalmente -- influenciados por la impresión de las experiencias de los propios autores.

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

Terapia Familiar.

La terapia familiar incluye un amplio rango de aproximaciones teóricas y de intervenciones terapéuticas. Técnicas específicas han incluido -- un grupo concurrente para esposas de alcohólicos, reuniones de grupo -- familiares excluyendo al alcohólico, grupos de parejas y terapia de -- familias asociadas (ejem. ver a la pareja y/o a toda la familia). Además, las orientaciones teóricas que son las bases para la terapia fa--- milar han sido diversas. Algunos investigadores han basado sus tera--- pias en la premisa de que el alcoholismo es una causa de desacuerdos maritales como otras ven el abuso del alcohol como una consecuencia -- del rompimiento marital. Los modelos teóricos más recientes le han to mado menor importancia a los factores etiológicos y han puesto más el foco en el análisis operante de conductas dentro de la estructura fa--- milar, (Finlay, 1974). El alcoholismo y el comportamiento familiar son

percibidos como si fueran independientes (Dulfano, 1978; Steinglass, --- 1979). Steinglass y sus asociados (Davis et al., 1974; Steinglass, -- 1976; 1977, 1979; Steinglass, et al., 1977), han desarrollado un proyec to de investigación que incluye juntos al alcohólico y a su esposa en pequeños grupos, de siete a diez días. Para investigar la función adap tativa del estado de intoxicación dentro de la estructura marital, --- (Steinglass et al., 1977) estructuraron un programa de pacientes inter nos, de tal modo que durante siete de los diez días el alcohol era li bremente conseguido. Los patrones de interacción de conductas durante ambos estados de intoxicación y sobriedad fueron estudiados y conse cuentamente usados en terapias de grupo. Las auto-predicciones de con ductas durante la intoxicación probaron ser totalmente indignas de --- confianza. Con frecuencia, eventos maritales particulares y ciertos pa trones de expresión de afecto fueron vistos únicamente durante las eta pas de intoxicación. Steinglass, especuló que para algunos, los esta dos de intoxicación juegan un rol funcional en el matrimonio. Ciertas conductas que pueden ser temporalmente adaptativas pueden empezar a - estar asociadas con estados de intoxicación y un éxito temporal de esa conducta puede tender a reforzar un patrón de ingesta crónico. Una vez que las funciones adaptativas del estado de intoxicación son conocidas, pueden idearse estrategias terapéuticas para enseñar a la familia ha bilitades más adaptativas que ellos puedan utilizar para tratar el pro blema y brindarles soluciones mas duraderas.

Resumiendo: Las evaluaciones controladas de terapias familiares han -- proporcionado un modesto apoyo para su eficiencia en relación a apro ximaciones alternativas. La no asignación al azar de pacientes en algu nos de los estudios y la ausencia de controles apropiados (ej. control del placebo), en la mayoría de los estudios, hacen que las conclusio nes se tomen en cuenta con reservas. Las extensas teorías y la evalua ción inicial sin control de Steinglass y sus asociados, sugieren que = la estructura de terapia familiar es un método que merece una explora ción futura en el tratamiento de bebedores problema. La investigación de Hedberg y Campbell (1974) también apoya la terapia familiar conduc tual como una aproximación prometedora.

APROXIMACIONES DE TRATAMIENTO ORIENTADAS A "MODERACION:"

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

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

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

Un mayor énfasis de la aproximación conductual, es la necesidad de una evaluación cuidadosa de la eficacia de la terapia. Una variedad de medidas objetivas de las conductas de ingesta, marital, social, emocional y vocacional, son adquiridas concomitantemente con el tratamiento.

Un modelo de tratamiento conductual amplio para el alcoholismo, necesita el uso de una variedad de técnicas. El rango de técnicas actualmente es muy amplio.

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

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

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

Con esta inclinación ha venido un remolino de controversias. - Muchas figuras tradicionales en el campo del alcoholismo han atacado fuertemente el concepto de "ingesta controlada", manteniendo que el -- modelo de enfermedad y una total abstinencia representan la única verdadera ayuda para los alcohólicos (Block,1976; Fox,1963; Gitlow,1973). Ruth Fox (1963) ha afirmado "entre mis aproximadamente 3,000 pacientes, ninguno ha podido dirigirse a una ingesta moderada, a pesar de que, casi todos han tratado de hacerlo". La publicación prematura de los resultados de la "Rand Report" (Armor et al.,1978) particularmente (y - falsamente) subraya la sugerencia de que los alcohólicos podían beber con impunidad, este reporte pudo causar que muchos alcohólicos abandonaran su abstinencia exitosa, un temor que afortunadamente parece no - haberse realizado (Hingson et al., 1977).

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

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

Para cuántos? Los estudios amplios mas tempranos, de hecho, reconocen la presencia de no abstinentes como resultados exitosos (Ej.-- Gerard & Saenger,1962; Wallerstein,1957). Pattison,Sobell y Sobell --- (1977) presentaron un catálogo con resultados de 74 estudios de ingesta controlada. Dentro de estos estudios, donde la meta de tratamiento fue abstinencia, resultados de ingesta controlada fueron reportados, - aproximadamente 12% de más de 10,000 pacientes se encontró que bebían

moderadamente en el estudio de seguimiento. ¿La ingesta controlada, por lo tanto, es una meta real para únicamente 12% de los pacientes? Tal conclusión es equivocada, ya que los programas en que estas investigaciones se basaron no estaban diseñados para enseñar una ingesta -- controlada, es más, estaban enfocados a la abstinencia y un pequeño -- porcentaje de pacientes incidentalmente empezaron a ser bebedores moderados. Nuevamente examinaron el catálogo de los estudios de Pattison, encontramos 17 estudios en los que la meta explícita de tratamiento -- fue moderación y se observa que el 63% de más de 1,600 pacientes fueron reportados como bebedores controlados en el estudio de seguimiento.

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

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

Las ventajas potenciales de las terapias de ingesta controlada son varias. Muchos bebedores problema, particularmente aquellos que se encuentran en las primeras etapas de desarrollo del problema, no desean ser etiquetados como "alcohólicos" o considerar la abstinencia como una meta de tratamiento. Las aproximaciones con orientación de moderación pueden ser más aceptables que aquéllos bebedores problema que están en las primeras etapas y pueden además ser más exitosas que otros métodos tradicionales en estos casos (Lovibond, 1975; Miller & Caddy, 1977; --- Miller & Joyce, 1979). Así mismo, para los pacientes que repetidamente fallan en responder a aproximaciones de abstinencia, las terapias de -- ingesta controlada pueden ofrecer una alternativa efectiva (Nathan, -- 1976). Finalmente, varios investigadores (Ej., Miller & Caddy, 1977; -

Naggy,1977) han sugerido que aún con aquellos clientes que se resisten, para los cuales la abstinencia es necesaria, un esfuerzo a través de un programa de ingesta controlada, puede ser de beneficio, proveyendo la evidencia más directa de que la moderación no puede ser alcanzada.

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

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

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

Es por eso, que el Antabuse, la administración de terapia aver-siva y/o el proveer directamente de castigos medioambientales para -- suprimir la ingesta excesiva, es un tratamiento insuficiente. Si no se provee de patrones de conducta nuevos al cliente, el pronóstico para - el éxito es pobre.

Esta terapéutica tiene la ventaja adicional de proveer al individuo del control sobre su forma de beber y en su vida en general. Otras -- técnicas conductuales, las terapias de aversión y las aproximaciones - operantes se basan en un control externo, de tal forma, que otras --- personas le hacen algo al sujeto para alterar su comportamiento. En -- algunos casos, tal control es percibido como degradante por el indivi-
duo y éste tiende a resistirse a terapias de esta naturaleza. - También,

ya que la mayor parte de su programa conductual puede ocurrir en la ausencia de otros para controlarlo, el éxito a largo plazo de la terapia probablemente depende del desarrollo del "auto-control". El tema de control conductual interno Vs externo es una pregunta interesante, teórica y empíricamente (Thoresen y Mahoney, 1974). La falta de motivación de los alcohólicos para cambiar es por definición falta de control interno de su conducta. Es por eso, que los pasos iniciales del tratamiento deben incluir control externo para iniciar los cambios de comportamiento. Esto puede incluir: 1) coerción de la ley, de la familia o del empleo para iniciar el proceso de tratamiento; 2) un programa planeado de reforzamiento para inducir antabuse y/o 3) sistemáticamente dar premios o castigos para cambiar el comportamiento. La última y óptima meta, es ir gradualmente reemplazando el control externo y la motivación por el control interno. Esto es, el paciente por sí mismo asume la responsabilidad de su comportamiento. Los tipos de conducta que los sujetos pueden usar de esta manera son variados.

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

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

Auto-Gobierno ó Auto-Control.

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

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

Mientras un número de estrategias de auto-gobierno se han desarrollado, dos formas básicas son: control de estímulos y programación

conductual (Thoresen y Manoney, 1974).

Control de Estímulos

Incluye el rearrreglo de claves o consecuencias medioambientales para disminuir la probabilidad de la ingesta.

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

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

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

Con relación al exceso de beber, Miller, Hersen, Eisler, Epstein y Wooten (1974) demostraron que la ingesta de los bebedores sociales está asociada con claves altamente específicas (botellas de alcohol, luz baja en una atmósfera de bar, fiestas de cocktail) pero, la ingesta de los alcohólicos está ligada a una variedad de claves no relacionadas con alcohol, tales como el aislamiento social o aburrimiento. Es por esto que con el fin de ganar aumento en el control de la bebida el individuo alcohólico debe ser aconsejado o advertido de beber únicamente en lugares específicos.

Consecuencias Aversivas Finales.

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

Programación Conductual

De acuerdo a Thoresen y Mahoney (1974) el concepto de programación conductual se refiere a que el individuo rearregla las consecuencias de su propia conducta. Básicamente esto es similar a las aproximaciones operantes en donde el reforzamiento es dado contingentemente a la abstinencia o ingesta moderada y el castigo o retirada del reforzamiento es contingente a la ingesta excesiva. En este sentido, el individuo por sí mismo arregla y se provee con estas contingencias. Los autoreforzamientos y autocastigos pueden ser, ya sea encubiertos o abiertos.

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

Sensibilización encubierta.-Como un tipo de terapia aversiva, es básicamente un procedimiento de auto-castigo. Dondequiera que el alcohólico es confrontado con la oportunidad de beber, se castigará a sí mismo encubiertamente imaginándose experiencias displacenteras

tales como náusea o vómito. Por otro lado, la evitación exitosa del -- uso del alcohol puede seguirse con un pensamiento placentero. Este procedimiento, conocido como reforzamiento encubierto, es usualmente precedido por una serie de sesiones en las cuales se le pide al cliente - que imagine que se rehusa a tomar una copa y/o escoge una bebida no -- alcohólica asociando ésto con un paisaje placentero imaginado también. Esta técnica es con frecuencia usada en combinación con la sensibiliza-- ción encubierta. Cautela y Kastenbaum (1967) enlistaron una variedad de situaciones reforzantes. Esta lista ayuda al cliente especificándole paisajes agradables para imaginarlos.

Otra técnica, extinción encubierta, está basada en el principio de que cuando se retiene el reforzamiento dado a una conducta ésto conduce al decremento en la ocurrencia de ésta. En este procedimiento, se le po-- dría pedir a un alcohólico que se imagine repetidamente consumiendo be-- bidas alcohólicas y experiencias negativas o sentimiento de intoxica-- ción por este consumo. Los resultados de esta técnica no han sido re-- portados en el tratamiento del alcoholismo.

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

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

Mantenimiento de Conductas de Auto-Control.

Un problema obvio en el área de auto-control, se refiere a la forma en que el terapeuta inicia y mantiene estos patrones en el -----alcohólico.

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

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

La iniciación de estos patrones de conducta es más fácil que -su mantenimiento. Es relativamente fácil determinar las contingencias que influyen en la probabilidad de ingesta o abstinencia de un individuo e instruirlo para que rearregle o controle estas contingencias. Pero es difícil, asegurar que él se refuerce y se castigue a sí mismo de acuerdo al programa de su vida diaria. Un factor que complica ésto es la inhabilidad del terapeuta para evaluar qué tan bien está llevando el cliente estas conductas.

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

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

Como se ha visto, las Técnicas de Auto-Control son programas terapéuticos que consisten en que el paciente establezca cuál es la concentración de alcohol que puede ingerir en forma óptima. Estas técnicas de auto-control cada vez tienen más importancia, ya que se aplican a un sinnúmero de problemas, tales como, tabaquismo, obesidad, y como ya se mencionó para el problema del alcoholismo.

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

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

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

- Un programa educacional designado para ayudar a los individuos a adquirir y mantener un nivel de ingesta moderado y sin problemas.
- Generalmente, se ofrece a pacientes internos.
- Con una variedad de formas de presentación, incluyendo grupo, individual y biblioterapia.

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

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

- a) establecimiento de la meta, la determinación de los límites específicos y apropiados para el consumo de alcohol, basados en el conocimiento actual de los efectos del etanol en el organismo y el comportamiento e incluyendo entrenamiento de claves externas para conocer la concentración de alcohol en la sangre.
- b) Auto-registro del consumo de alcohol
- c) Entrenamiento de control de tasa, diseñado para alterar la topografía de la conducta de ingesta, usando reglas similares a aquellas descritas por Sobell y Sobell (1973)

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

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

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

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

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

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

En el quinto y más reciente estudio, Miller, Taylor y West --- (in press) compararon BSCT con biblioterapia y BSCT con terapia individual con dos terapias conductuales más extensas de amplio-espectro. -- Los resultados preliminares (seis meses de seguimiento), nuevamente su gieren una mejoría significativa en todos los grupos.

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

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

RESUMIENDO: BSCT parece ser una aproximación prometedora en la enseñanza de una ingesta controlada para bebedores problema. Tasas de mejoría consistentemente remarcables entre el 60% y 80% han sido encontradas en las diversas localidades, como Pennsylvania, Oregón, Australia, California, Nuevo México y Vancouver. La población de pacientes ha variado ampliamente en lo que se refiere al nivel socioeconómico y a la clase de pacientes (internos y externos). Debe hacerse notar que, sin embargo, ninguno de los estudios revisados anteriormente han incluido asig-

nación al azar, ni grupos de control en el tratamiento, por lo cual, - las tasas de mejoría asignadas arriba a pesar de ser alentadoras no - pueden atribuirse con toda seguridad a los componentes específicos del BSCT, ya que no está claro aún cual de todos los componentes del BSCT es necesario o suficiente para producir la mejoría en los bebedores - problema. De cualquier manera, los clientes de las clínicas de los au - tores de estas investigaciones han reportado consistentemente que el - auto-registro ha sido una de las partes más valiosas para ellos en el programa, ya que los ayuda a estar al pendiente de la cantidad de --- alcohol que ingieren. La validez del auto-registro aislado falta ser - confirmada por investigaciones experimentales controladas (cf Kennedy et al., 1978; Sobell & Sobell, 1973a).

Por una variedad de razones, el BSCT puede ser valioso en la prevención del problema de ingesta (Miller & Caddy, 1977; Pomerleau et al., 1975, 1976; Vogler & Caddy, 1973). Esta aproximación es tratable - con varias formas de educación y por lo tanto, puede proporcionarse - a personas que se encuentran en las primeras etapas de desarrollo del problema sin la necesidad de ser etiquetados. Muchos de los componen - tes del BSCT (Ej. auto-registro) son actualmente aplicados dentro de - un programa de auto-ayuda (Miller, 1978b; Miller y Muñoz, 1976). Final - mente, el BSCT enfocado hacia una ingesta moderada, puede ser acepta - ble en las primeras etapas del problema de ingesta, cuando los indivi - duos puedan no ser receptivos a otras aproximaciones que requieran au - to etiquetación como "alcohólicos" o que concomitantemente no desean - una total abstinencia.

Auto-Ayuda.

Todas las aproximaciones que hemos mencionado anteriormente -- (con la excepción parcial de A.A.), han incluido un proceso formal de tratamiento que requiere que el paciente reconozca que tiene un proble - ma. No se tiene idea de cuántas personas han enfrentado con éxito su - problema de ingesta excesiva por sí mismas. La mayoría de la gente que acude a tratamiento ha tomado algunas medidas para resolver su proble -

ma antes de buscar una ayuda formal. ¿Qué se sabe acerca de la eficacia de los métodos de auto-ayuda? Numerosos libros de auto-ayuda para alcohólicos y sus familiares han sido publicados, generalmente con una meta clara de total abstinencia (Ej. A.A.1975; Maxwell, 1976; Weston, 1964), además, los materiales de auto-ayuda orientados a moderación - también han empezado a aparecer (Amit, et al.,1977; Mertens,1972; --- Miller y Muñoz,1976; Robbins y Fisher,1973; Winters,1977). Se ha incrementado el interés profesional en la "biblioterapia" o en "terapias no prescritas", pero aún poca investigación ha sido dedicada a la evaluación de tales aproximaciones de tratamiento de auto-ayuda (Glasgow & Rosen,1978; Rosen,1976).

En las investigaciones clínicas en Oregón y Nuevo México, se ha usado la biblioterapia -simplemente proveyendo al cliente de un -- manual (Miller y Muñoz,1976) y otros materiales de auto-ayuda, tales - como tarjetas de auto-registro y un grupo pequeño de tratamiento controlado para comparar la eficacia de éste con otras aproximaciones.- El interés de Miller y Muñoz aumentó cuando encontraron que el proveer al cliente de un manual parecía ser valioso para ayudarlo a mantener - el beneficio que él había obtenido durante el tratamiento (Miller, -- 1978a). En tres estudios comparativos de tratamientos subsecuentes --- (Miller, Gribskov & Mortell, in press; Miller & Taylor, 1980; Miller et al., in press) encontraron que los clientes asignados al azar a una condición de auto-ayuda mostraron beneficios significativos en el control de su ingesta excesiva, con tasas de mejoría que oscilan entre el 50% y 30%. Además encontraron relativamente poca diferencia en la efectividad entre la terapia auto-administrada y la terapia administrada - por un terapeuta, del mismo tratamiento (entrenamiento conductual - de auto-control) en los tres estudios. Pero, debido a que estos diseños no incluyeron condiciones de no-tratamiento, no se puede tener la seguridad de qué tanto de la mejoría fue debida a los materiales que se dieron y qué tanto la mejoría fue debida a la decisión de cada uno para hacer algo por su problema. Todas las personas que fueron incluidas en estos estudios, fueron gente que acudió a estas clínicas a buscar ayuda, es por ésto que estos ejemplos probablemente no son repre-

sentativos para la gente que acude únicamente a comprar a las librerías estos materiales.

En un estudio similar, Edwards y sus colegas (1977) encontraron que una sesión de consejo (básicamente decirle al cliente que debería ser responsable para lograr un cambio en su patrón de ingesta) no fue significativamente menos efectiva que un programa de tratamiento tradicional, incluyendo A.A., psicoterapia de grupo y farmacoterapia. Otros investigadores también encontraron poca diferencia entre intervenciones mínimas y extensas. Se cree que las intervenciones de autoayuda merecen futuras investigaciones, particularmente por su bajo costo y por su disponibilidad para los individuos que se encuentran en las primeras etapas de desarrollo del problema, sin tener que buscar un tratamiento o aceptar ser etiquetados.

B. ENTRENAMIENTO DE RELAJACION.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESUMIENDO: Estudios controlados que evaluaron el entrenamiento de relajación, han reportado incrementos pequeños en la mejoría de los pacientes como resultado de éste. En base a una investigación muy limitada, parece ser que ningún procedimiento de relajación es significativamente mejor que otro. Aunque lógicamente el entrenamiento de relajación parece ser un tratamiento apropiado para bebedores problema --- (Hartman, 1973), los datos indican que su contribución es probablemente modesta.

Desensibilización sistemática. -Comúnmente, el entrenamiento de relajación no es usado sólo, sino como parte de la desensibilización sistemática.

La desensibilización sistemática (Wolpe, 1973) consiste en asociar situaciones que producen ansiedad, ya sea imaginariamente o en -- vivo, con relajación. El cliente (generalmente con la ayuda del terapeuta) delimita las situaciones que provocan stress (ansiedad) y las -- jerarquiza, de la que produce menor a mayor ansiedad. El cliente habiendo aprendido una técnica de relajación, se le presentan los ítems ----

jerarquizados mientras se encuentra relajado, empezando con el ítem que provoca menor stress. Si durante este procedimiento el cliente dá señales de que se está sintiendo tenso, el terapeuta lo ayuda a relajarse hasta que él pueda continuar nuevamente sin sentirse tenso. El tratamiento generalmente termina cuando el cliente pueda imaginar aquéllо que antes del tratamiento era la escena que producía mayor stress y pueda estar relajado y calmado mientras lo hace. Algunas veces el tratamiento se extiende, para incluir la desensibilización en vivo, -- en la cual el cliente emite las conductas mientras se encuentra en un estado de relajamiento.

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

C. Entrenamiento de Habilidades Sociales

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

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

depresión, aislamiento social, resentimiento crónico, abuso de drogas y de alcohol, fobias sociales.

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

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

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

La pregunta que queda es, si el entrenamiento de habilidades es de beneficio general o es de beneficio diferente para cierto tipo de bebedores problema. Hamilton y Maisto (1979) compararon cuatro diferentes ejemplos de mujeres alcohólicas con un grupo control no alcohólico, y no encontró diferencias en la asertividad. Sin embargo, se reportó que los alcohólicos mostraron un gran disgusto en las escenas -- que requerían una aserción negativa (Ej. negarse a una petición). ---- Estos resultados sugieren que la práctica de aserción para alcohólicos puede funcionar más como un procedimiento de desensibilización que ---

como uno de adquisición de nuevas habilidades.

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

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

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

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

La concentración de alcohol en la sangre "CAS" (en inglés --- abreviado BAC), es una variable crítica en las investigaciones del alcohol y su tratamiento (Mattews & Miller, 1979), éste refleja con mayor exactitud el grado de intoxicación y el impacto en el organismo, que como lo hacen los datos aislados del consumo.

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

Claves Internas.- Una aproximación para enseñar la concentración de alcohol en la sangre ha sido llamada "Entrenamiento de Discriminación de la Concentración de Alcohol en la Sangre". En este método, el análisis de la exhalación del cliente así como el -- intoxímetro, han sido usados como medios de bioalimentación para dar información a los individuos con respecto a su --

nivel de concentración de alcohol en la sangre (BAC). En el procedimiento típico, el cliente consume bebidas con una concentración de alcohol que desconoce y recibe periódicamente retroalimentación de su concentración de alcohol en la sangre (BAC). Se le pide al cliente que ponga atención a las claves - propioceptivas sutiles y a otras internas con el fin de establecer una relación entre estos signos y los niveles de concentración de alcohol en la sangre. (En otras palabras, se le pide al cliente que ponga atención en sus propios estados idiosincráticos emocionales y/o fisiológicos, como por ejemplo, adormecimiento, hormigueo facial, etc., asociándolos con varias concentraciones de alcohol en la sangre).

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

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

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

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

una falla similar con el entrenamiento a alcohólicos con el procedimiento de claves internas.

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

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

Claves Externas.-Si el entrenamiento de claves internas no es efectivo para ayudar a la gente a discriminar la concentración de alcohol en la sangre, entonces qué entrenamiento puede dárseles? Esta contestación puede recaer en una aproximación alternativa conocida como "entrenamiento de claves externas". En esta aproximación se provee al individuo de una tabla de concentración de alcohol en la sangre (Mattews & Miller, 1979; Miller &

Muñoz, 1976), con un dispositivo para calcular (Compton & Vogler 1974) o con algunas reglas simples de matemáticas para estimar la BAC, basándose en la cantidad de alcohol consumido, el --- tiempo transcurrido y el peso de la persona.

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

Lansky, Nathan y Lawson (1978) compararon la estimación exacta de la BAC de alcohólicos entrenados únicamente con procedimientos de claves internas con aquélla de alcohólicos solamente entrenados con métodos de claves externas. Estos investigadores observaron que cuando la retroalimentación de la BAC no se daba, únicamente los alcohólicos entrenados con los métodos de claves externas eran capaces de mantener con exactitud las estimaciones de la BAC durante las ingestas subsecuentes.

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

RESUMIENDO: El entrenamiento de claves externas para la discriminación de la BAC parece ser un componente valioso dentro de los programas de tratamiento multimodales donde la meta es una ingesta controlada, a pesar de que es aún poco claro, si este componente es necesario para estos programas. El entrenamiento de claves externas es fácilmente integrable a otros procedimientos de tratamiento con orientaciones de moderación tales

como el auto-registro (Matthews & Miller, 1979). Ciertamente, el entrenamiento de claves externas es preferible al de claves internas para la mayoría de los bebedores problema, porque: a) el entrenamiento de claves internas incluye el uso de un equipo caro y requiere del consumo de alcohol durante el establecimiento del tratamiento, mientras que el entrenamiento de -- claves externas es un simple procedimiento de asesoría; b) no hay evidencia para sugerir que el entrenamiento de claves internas proporcione una efectividad superior al de claves externas; y c) cuando menos pocos de los bebedores problema pueden ser capaces de beneficiarse con el entrenamiento de claves externas pero no con el de claves internas. Una limitación en el entrenamiento de claves externas actualmente, es nuestra modesta habilidad para predecir la discriminación de BAC con -- claves externas.

E. Retroalimentación con Videotape.

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

El uso de audio-grabadora como auto-confrontación para los pacientes se inició desde los 40's. El trabajo pionero con video-grabadora como auto-confrontación fue realizado en los 50's (Bailey & Sowder, 1970). Los usos de la video-grabadora en el tratamiento del alcoholismo han sido variados y generalmente se pueden dividir en cuatro clases: (a) grabación de una entrevista intensiva (sin alcohol o una dosis moderada), que explora material dinámico significativo y revisando la -- grabación con el cliente posteriormente (Feinstein & Tamerin, 1972; -- ~~Parades et al., 1969~~); (b) Mostrando entrevistas grabadas con "pacientes modelo" que experimentaron resultados exitosos (Baker et al., 1975; -- Greer & Callis, 1975); (c) usando video-grabaciones de retroalimentación como una ayuda en ejercicios conductuales y en entrenamiento de habilidades sociales (Scherer & Freedberg, 1976); y (d) grabando a alcohólicos en etapas avanzadas de intoxicación o con el síndrome de absti-

nencia y viendo la grabación posteriormente para confrontar a los pacientes (ya sobrios) con la severidad de sus síntomas alcohólicos, - que son típicamente olvidados o negados (Faia & Shean,1976; Schaefer et al., 1971).

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

F. Terapias Cognitivas

Con la aparición de las aproximaciones de tratamientos conductuales, el interés en las percepciones personales y en la estructura y procesos cognitivos declinó. En los años recientes, sin embargo, el interés ha sido revivido y el impacto de las cogniciones individuales - en las conductas han sido retomadas en consideración (Beck,1976; ---- Meichenbaum,1977). Kirkpatrick (1978), por ejemplo, ha hecho extensivo el uso de conceptos racionales emotivos en su programa innovativo ---- "Woman for Sobriety". La mezcla de aproximaciones cognitivas y terapia conductual ha venido a ser llamada modificación cognitiva-conductual (en inglés abreviada CBM) . La cantidad de importancia puesta en cogniciones y conductas varía. Bransman, Maultsby y Welsh (in press) sus--

cribieron la perspectiva de "terapia racional-emotiva", en la cual cogniciones o auto-afirmaciones son vistas como la causa de desórdenes -- emocionales y fisiológicos. Otras posiciones han sido asumidas para tener un balance entre procesos cognitivos e influencias medioambienta-- les en la conducta (Meyers, et al.,1976; Sanchez-Craig & Walker,1974).

Los resultados de los estudios referentes a aproximaciones cognitivas en el tratamiento de bebedores problema son insuficientes ac-- tualmente para sacar conclusiones substanciosas. La aparente efectivi-- dad de tales aproximaciones en otras áreas problema, sugieren que su - aplicación con bebedores problema debería seguir explorándose.

G. APROXIMACIONES OPERANTES.

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

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

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

nales para apoyar la modificación de la conducta de ingesta de alcohólicos por medio de contingencias medioambientales (Bigelow & Liebson, 1972; Cohen et al., 1971, 1973, Cutter et al., 1970; Goldman et al., 1973; Griffiths et al., 1974; Liebson et al., 1971; Nathan & O'Brien, 1971; Nathan et al., 1970; Ogborne & Collier, 1976; Wilson et al., 1975)

En la segunda serie de estudios, Arthur Alterman y sus colegas en el Hospital Coatesville V.A. (Alterman et al., 1974, 1975, 1977, 1978; Gotthier et al., 1971; 1972a; 1972b; 1973, 1975; Skoloda et al., 1975) han reportado resultados de un tratamiento innovativo adjunto llamado Fijación de Intervalos en las Decisiones de Ingesta (FIDD). En el programa FIDD, se les permitía a los pacientes beber una copa cada hora durante 4 semanas, siguiendo a éstas, una semana sin que pudieran disponer de alcohol. En los primeros reportes, Gotthier et al., 1971, 1972a; notó que sus datos no apoyaron la hipótesis de inhabilidad para detener la ingesta y de irresistible necesidad en los alcohólicos. Los reportes subsecuentes han proporcionado datos del seguimiento de varios pacientes que completaron el programa. En el reporte más extenso hasta la fecha, Alterman et al., detalla los resultados de uno y dos años de -- seguimiento. Los sujetos fueron divididos de acuerdo a aquéllos que se abstuvieron y aquéllos que bebieron poco (en cantidades moderadas), y aunque aquéllos que bebieran fuertemente (más de 8 onzas diariamente); los abstinentes el primero y último día también fueron tabulados separadamente. De 249 pacientes tratados, 120 (48%) fueron abstinentes durante los dos años de seguimiento. Los pacientes que se habrían abstenido en el primero y último día en que tenía el alcohol disponible, se encontró que seguían haciéndolo tan bien como aquéllos que se habían abstenido al término del tratamiento. Los abstinentes y bebedores moderados, mostraron resultados más favorables que aquéllos que bebieron fuertemente durante el programa.

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

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

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

H. ACCIONES PREVENTIVAS

Enfrentar el problema del alcoholismo no es fácil, no basta -- con responsabilizar a una estructura para efectuar el programa contra el alcoholismo, se requiere de la participación de todos los sectores, de cada grupo organizado, de cada familia y en suma de todos los individuos. Pero, para que participen necesitan estar enterados de la magnitud del problema, de sus trascendencia y de su costo social. Se requiere que nos concienticemos y hagamos a un lado intereses personales y de grupo; se requiere de un cambio de conductas y actitudes que rec tifiquen nuestras características culturales, que se modere y racionalice el consumo, buscando un mejor equilibrio. Para ello, se ha formado el Consejo Nacional Antialcohólico, que convoca a todos los sectores y encabeza la Secretaría de Salubridad y Asistencia, este Consejo debe facilitar la coordinación con organismos afines para llevar a cabo acciones educativas a todos los niveles, proponer reglamentación a la venta y al consumo, restricciones a la publicidad, contribuir a la prestación de servicios preventivos y curativos, a la rehabilitación física y social de los alcohólicos, promover la investigación pertinente, y en general, mejorar el estado de salud de la población, pero es indudable que es la sociedad la que puede lograr un cambio, si acepta la responsabilidad que le toca en el desarrollo sano de México y en la consolidación de su destino.

FACTORES RELACIONADOS CON EL RESULTADO DEL TRATAMIENTO.

¿Qué tan efectivamente pueden ser tratados los bebedores problema? ¿Algunas aproximaciones son más efectivas que otras? ¿Algún tipo de bebedores problema responden mejor que otros a tratamientos en general o a algún tipo de tratamiento específico? ¿Quién está mejor capacitado para tratar a un alcohólico?.

Estas son preguntas a las que se enfrenta cualquier practicante de la salud mental y que tiene contacto con bebedores problema. Hay contestaciones estándares aceptadas para estas preguntas.

¿Qué tan efectivo es el tratamiento para el alcoholismo?-----
No mucho. ¿Hay algunas aproximaciones mejores?-No -todos los tratamientos son igualmente inefectivos. ¿Algunos responden mejor al tratamiento que otros?. Sí -aquéllos alcohólicos que han caído al fondo (etapas más avanzadas del problema) o que han sufrido lo suficiente para estar motivados para el tratamiento, ¿Quién es el más capacitado para tratar alcohólicos? Otro alcohólico que está pasando por eso,

Estas son contestaciones fáciles que han ido pasando de año en año y que aparecen en los más recientes escritos de algunos de los más respetados profesionales en el campo. ¿Pero qué apoyo con investigaciones científicas hay para estas afirmaciones?. Después de revisar los resultados de tratamiento de más de 500 estudios (William R. Miller & Reid K. Hester), creen que hay una razón amplia para cuestionar cada una de estas preguntas comúnmente aceptadas.

La búsqueda de predictores de respuesta generales al tratamiento del alcoholismo ha sido larga y extensa. Afortunadamente algunas personas han proporcionado revisiones informativas de esta literatura (Armor et al., 1978; Baekeland, 1977; Bransdsma et al., in press; Gieb & Flanagan, 1977). Es suficiente, con decir que no se han encontrado diferencias consistentemente individuales para predecir los resultados

no obstante las mencionadas más frecuentemente son variables relacionadas al estatus social y a la estabilidad (ejemplo: historia laboral, estatus marital, estatus socioeconómico). Gibbs y Flanagan (1977) han sugerido que esta falla clara para encontrar predictores generales es probablemente atribuida a la heterogeneidad extraordinaria en los estudios de los métodos de tratamiento, población de pacientes, definiciones de alcoholismo y las variables predictoras escogidas. De mayor uso para los practicantes podían ser predictores de diferentes respuestas a estrategias de tratamiento alternativas. Kissin y sus colegas (1970s) por ejemplo, reportaron que pacientes con mayor educación y estatus ocupacional, tendían a seleccionar la psicoterapia con drogas y pareció que respondieron un poco mejor a esta aproximación. Estudios bien diseñados y controlados en esta área han sido pocos, de cualquier manera (Cronkite y Moss, 1978) encontraron que las interacciones entre variables de paciente y variables de tratamiento son del 23 al 40% y sugirieron que se debe poner más atención en dar a los pacientes los tratamientos más apropiados.

A. CANTIDAD DE TIEMPO DE TRATAMIENTO,

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

¿Pero qué bases existen para esta creencia?

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

El único apoyo sustancioso para esta suposición recae en el hecho de que algunos estudios han reportado una correlación entre la duración del tratamiento y los resultados exitosos (Armor et al., 1979; Smart, 1973b; Smart & Gray, 1973). Tales hallazgos de estudio sin con-

trol están inconclusos, de cualquier manera, numerosos factores adicionales pueden influir en ambos: duración y resultados positivos (ej. -- motivación del paciente, severidad del problema, estabilidad social).

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

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

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

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

debía abstener y que él debería ser el responsable de lograr un cambio. En uno o dos años de seguimiento, no se encontraron diferencias significativas en los dos grupos (Edwards et al., 1977; Oxford et al., 1976).

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

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

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

B. TIPO DE TERAPEUTA.

¿Quién está calificado para tratar al alcohólico?. Esta es una pregunta que ha estado sujeta a debates durante algunos años (Krystal & McCore, 1963).

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

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

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

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

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

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

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

Una aproximación prescriptiva (Dimond et al., 1978; Goldstein & Stein, 1976), que acomode el tratamiento al paciente parece mejor -- que una que intente seleccionar o modificar pacientes para que se adapten a un programa terapéutico particular. Esto significa que un programa de tratamiento amplio debería estar preparado para ofrecer una serie de intervenciones alternativas. Ciertos trabajos podrán ser realizados mejormente por científicos profesionales clínicamente entrenados (Peele, 1976). Estos incluyen diagnóstico inicial y la asesoría que el paciente necesita, la determinación de la modalidad del tratamiento óptimo, evaluación del programa y la administración de ciertos métodos - terapéuticos más complejos. Los asesores paraprofesionales, por otro lado, pueden aplicar competentemente métodos de tratamiento bien especificados para los cuales ellos recibieron tratamiento especializado, dándoles recomendaciones apropiadas de los profesionales que efectúan la supervisión.

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

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

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

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

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

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

Estas son reglas que se deben tomar en cuenta para decidir diferentes asignaciones para metas de tratamiento. Podrían ayudar a esto como: la disponibilidad de los datos que se refieren al tipo de paciente que probablemente responde más favorablemente a metas de abstinencia contra moderación, afortunadamente, tales datos han empezado a aparecer y un grado sorprendente de consistencia emerge. Estos datos son de tres tipos: a) Datos referentes a las preferencias del cliente por la meta de tratamiento; b) datos predictivos que se refieren al tipo de cliente que empieza a ser un bebedor moderado contra un abstinente después de un tratamiento orientado a la abstinencia; y c) datos que predicen resultados de abstinencia contra moderación, después de un tratamiento diseñado para conseguir una ingesta controlada,

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

Caddy et al., (1978) encontró una tasa de mejoría de 50% en -- personas que solicitaron tratamiento y se les asignó un tratamiento -- con orientación de moderación, comparada con una tasa del 25% en clientes que solicitaron moderación, pero al azar se les asignó una terapia con orientación de abstinencia (Sobell & Sobell, 1973). En otro estudio interesante, del que solamente resultaron preliminares no disponibles, Sánchez-Craig (1980) asignaron al azar bebedores problema a la aplicación de un programa de tratamiento preventivo en una de dos condiciones de tratamiento, orientado a abstinencia u orientado a moderación. En ambas condiciones se le pedía al cliente que mantuviera un período de total abstinencia durante las primeras semanas de tratamiento. La - única diferencia era la duración del tratamiento. Los asignados a la - meta de moderación, mostraron una tasa significativamente mayor de cumplimiento de las metas que aquéllos asignados al programa de abstinencia. Así mismo, los clientes del grupo de moderación bebieron significativamente menos que aquéllos que fueron asignados a la meta de abstinencia.

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

Los estudios basados en programas donde la meta primaria era - abstinencia, reportan que los sujetos que empezaron a beber controla-

damente: a) consumían menos alcohol al inicio del tratamiento (Smart, 1978a); b) mostraban síntomas menos severos de alcoholismo (Armor et al., 1978; Oxford, 1973; Oxford et al., 1976; Smart, 1978a); c) la mayoría eran casados (Levison, 1977; Smart, 1978a); d) tenían una actitud más positiva hacia la abstinencia (Oxford et al., 1976; Smart, 1978a); e) no se consideraban alcohólicos (Oxford, 1973); f) reportaron una historia más breve de su problema de ingesta anterior al tratamiento (Oxford, 1973).

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

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

Con lo anterior, se puede ver claramente, que los individuos que empezaron con éxito a ser bebedores controlados, muestran un diagnóstico muy poco parecido al clásico del alcoholismo. Tienen menos -- síntomas, y menos historia familiar de alcoholismo y beben menos. Es más probable que sean mujeres, que sean más jóvenes, que no se consideren alcohólicos. Parece ser que la estabilidad social incrementa la

probabilidad de una ingesta controlada, sin embargo, éste también es un factor positivo para la abstinencia. Con respecto a la educación y al ingreso, los datos no son claros.

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

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

Esta distinción no es muy cortante. Numerosos estudios han reportado resultados de ingesta controlada con clientes claramente diagnosticables como alcohólicos Gamma al inicio del tratamiento (Caddy, et al., 1978; Pattison, Sobell & Sobell, 1977; Vogler et al., 1975). De cualquier manera, la tendencia es clara y provee cuando menos la iniciación de un procedimiento empírico para determinar las metas óptimas de tratamiento en diversas poblaciones.

M E T O D O L O G I A

PROBLEMA

Evaluar el paquete de técnicas de "Entrenamiento Conductual de Autocontrol" (BSCT) de Miller, para reducir el beber excesivo en Terapia de Grupo.

HIPOTESIS GENERAL

- H_1 : Existen diferencias significativas en la Concentración de Alcohol en la Sangre (BAC) inicial y final en los grupos de tratamiento y el grupo control.
- H_0 : No existen diferencias significativas en la Concentración de Alcohol en la Sangre (BAC) inicial y final en los grupos de tratamiento y el grupo control.

SUB HIPOTESIS

SUB HIPOTESIS 1

- H_1 : Existen diferencias significativas entre los grupos experimentales y el grupo control con respecto a la concentración final de alcohol en la sangre.
- H_0 : No existen diferencias significativas entre los grupos experimentales y el grupo control con respecto a la concentración final de alcohol en la sangre.

SUB HIPOTESIS 2.

- H_1 : Existen diferencias significativas en la concentración final de alcohol en la sangre entre los dos grupos experimentales - como efecto del terapeuta.
- H_0 : No existen diferencias significativas en la concentración final de alcohol en la sangre entre los dos grupos experimentales como efecto del terapeuta.

"... LA CIENCIA ES MAS QUE METODO. ES ESO.
Y MAS, MUCHO MAS ..."

L U I S

SUB HIPOTESIS 3

- H₁: Existen diferencias significativas en cuanto al tipo de bebidas ingeridas entre los grupos experimentales y grupo control.
- H₀: No existen diferencias significativas en cuanto al tipo de bebidas ingeridas entre los grupos experimentales y el grupo control.

VARIABLES

Tipo de Variables

Variable Independiente (VI).- "Entrenamiento Conductual de Autocontrol" (BSCT).

Variable Dependiente (VD).- "Concentración de Alcohol en la Sangre" (BAC).

Definición de Variables

Variable Independiente (VI).- Entrenamiento Conductual de Autocontrol (BSCT), representa una aproximación con orientación educacional en el tratamiento del problema de ingesta y se refiere a la habilidad que el individuo puede aprender para distinguir y después manipular las variables (ya sean cubiertas o abiertas) que influyen en el beber excesivo. En esencia, estas son respuestas dadas por la persona, que disminuyen la probabilidad de beber excesivamente. Estas, no sirven únicamente como alternativas al abuso del alcohol, ya que son usadas antes o después del tiempo en que la bebida es deseada o cuando se está bebiendo. El autocontrol, es un proceso mediante el cual el individuo comienza a ser el principal agente guía que dirige y regula aquellas características de su propio comportamiento, que eventualmente pueden conducir a las consecuencias positivas deseadas. (Goldfried y Merbaum, 1973).

Variable Dependiente (VD).-Concentración de Alcohol en la sangre (BAC), es una manera de medir el grado de intoxicación en la sangre y el impacto del alcohol en el organismo. La concentración de alcohol en la sangre (BAC), es fácilmente predecible, tomando en cuenta la cantidad de alcohol en el corriente sanguíneo -- (generalmente se mide en miligramos de Alcohol cada 100 ml. de sangre).

Operación de Variables

Variable Independiente (VI).-Entrenamiento Conductual de Autocontrol - (BSCT), se comparó la concentración de alcohol en la sangre - inicial (línea base) con la concentración de alcohol en la -- sangre final de cada uno de los grupos. A continuación se comparó la concentración de alcohol en la sangre del Grupo Experimental uno con los resultados obtenidos del mismo con el Grupo Experimental dos. Finalmente se compararon la concentración de alcohol en la sangre de cada uno de los grupos experimentales con el grupo control.

Variable Dependiente (VD).-Concentración de Alcohol en la sangre (BAC) se estimó a través de las tablas de Matthews, D.B. y Miller W.B., que toman en cuenta la cantidad de alcohol consumido, - el tiempo transcurrido y el peso de la persona.

M E T O D O

Escenario

La investigación se llevó a cabo en el Departamento de Transportes y en el de Obras y Conservación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en una aula de 3.00 x 9.00 metros, con suficiente luz, ya que contaba con dos ventanas de 1.20 x 3.00 metros, además de 4 lámparas de 1.00 x .50 metros. El aula tenía 50 sillas con paleta y un pizarrón de 1.50 x 1.00 metros.

Sujetos

Los sujetos que participaron en esta investigación (30) eran empleados de los Departamentos de Transportes y Obras y Conservación del DIF, los cuales tenían las siguientes características (necesarias para la inclusión en este estudio):

1. Edad: de 18-50 años
2. Un nivel de educación mínimo de Primaria
3. Sexo: Masculino
4. Inteligencia Normal (I.Q. 90-110)
5. Sin rasgos de personalidad patológicos
6. Clasificados como bebedores problema

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en esta Investigación fueron los siguientes:

1. Carteles de Invitación
2. Encuesta del I.S.S.S.T.E. (elaborada por el Lic. Jorge Peralta). Anexo 1.
3. Michigan Alcohol Screening Test (M.A.S.T.) Anexo 2.
4. Inventario Multifásico de Personalidad (M.M.P.I.)
5. Test de Matríces Progresivas de Raven
6. Criterios establecidos por Miller y Caddy (1977) para la Meta de Moderación. Anexo 3.
7. Manual "How to Control your Drinking", de Miller
8. Tablas para la obtención de la concentración de alcohol en la sangre (BAC), de Matthews y Miller (1979) Anexo 4.

Procedimiento

Con el fin de llevar a cabo la captación de los sujetos (500), se elaboraron carteles de invitación a una plática sobre Técnicas de Autocontrol para beber y prevenir el alcoholismo, los cuales se colocaron en los checadores de los Departamentos mencionados. La plática consistió en una breve mención de lo que

es el alcoholismo y de la importancia de controlar la bebida para prevenirlo, invitando a los asistentes a acudir al Curso con este fin se daría en el Aula de Juntas de sus Departamentos. Así mismo, se les informó sobre la duración de éste ---- (8 sesiones, de una hora, una a la semana). Posteriormente, se les solicitó su cooperación para contestar la Encuesta del I.S.S.S.T.E. y el M.A.S.T., explicándoles que ésto tenía la finalidad de detectar a los bebedores problema. Finalmente, se les indicó se presentaran al día siguiente a recoger sus resultados, habiéndose entregado éstos individualmente por medio de una tarjeta.

Se detectaron 100 bebedores problema, a los que se les aplicó la prueba de inteligencia Test de Matrices Progresivas (RAVEN) y la prueba de personalidad Inventario Multifásico de la Personalidad (M.M.P.I.), con el fin de saber quiénes podrían -- incluirse en el tratamiento. Posteriormente, se asignaron al azar 45 personas (15 para cada grupo: experimental 1, experimental 2 y control), tomando en cuenta el posible índice de - deserción, incluyéndose únicamente 10 personas en cada grupo para el análisis de resultados.

Inicio del Entrenamiento Conductual de Autocontrol

1a. Sesión.

GRUPOS EXPERIMENTALES.

Se les indicó el contenido del curso a grosso modo, además de - informarles la importancia de su asistencia, puntualidad y coo - peración. Posteriormente, se les entregaron las tarjetas de re - gistro diario explicándoles la forma de llenarlas y su utili - dad, indicándoles que tendrían que entregarlas semanalmente. - Finalmente, se aclararon dudas al respecto.

GRUPO CONTROL

Se les entregaron las tarjetas de registro diario, explicándo - les como llenarlas e indicándoles que deberían entregarlas la siguiente semana.

M 0023382

2a. Sesión

GRUPOS EXPERIMENTALES

Se recogieron las tarjetas de registro diario y se despejaron dudas al respecto al uso de éstas. A continuación se les aplicó el RAVEN y posteriormente, se les repartió una lista con los Criterios para la Meta de Moderación de Miller y Caddy (con el fin de saber si alguno de éstos era un obstáculo para que la persona continuara dentro del curso). Al finalizar, se les entregó la tarjeta de registro diario.

GRUPO CONTROL

IDEM a los grupos experimentales, con excepción de repartirles la siguiente tarjeta de registro diario.

3a. Sesión

GRUPOS EXPERIMENTALES.

Se les recogió la tarjeta de registro diario. Posteriormente - se les aplicó el M.M.P.I. y se les entregó la tarjeta de registro diario.

GRUPO CONTROL

Se les aplicó el M.M.P.I. y posteriormente se les informó que no sería posible continuar impartiendo el curso en ese horario, solicitándoles su asistencia en una fecha posterior (coincidiendo ésta con la octava sesión del curso de los grupos experimentales, ya que por ser el grupo control no se les dió el tratamiento al mismo tiempo). Así mismo, se les repartió - la tarjeta de registro diario, indicándoles que deberían llevarla la semana inmediata anterior a la fecha mencionada.

NOTA: Tomando en cuenta los resultados de las pruebas RAVEN y MMPI, además de los Criterios para la Meta de Moderación de Miller y Caddy, se hizo al azar la asignación de 15 sujetos para cada grupo.

4a. Sesión

GRUPOS EXPERIMENTALES

Se recogió la tarjeta de registro diario y posteriormente se -
revisaron los Capítulos 1 y 2 del Manual de Miller, referentes
a cómo trabajar sistemáticamente en la reducción de la ingesta.
Al finalizar, se repartieron las tarjetas de registro diario.

GRUPO CONTROL

Sin tratamiento

5a. Sesión

GRUPOS EXPERIMENTALES

Se recogió la tarjeta de registro diario y a continuación se
revisaron los Capítulos referentes a cómo tener mayor control
mientras bebe, cómo medir el éxito de su autocontrol y cómo -
reforzar sus éxitos (Cap. 3-8). Al finalizar, se repartieron
las tarjetas de registro diario.

GRUPO CONTROL

Sin tratamiento.

6a. Sesión

GRUPOS EXPERIMENTALES

Se recogió la tarjeta de registro diario y posteriormente se -
revisaron los Capítulos referentes a la importancia de descu-
brir los antecedentes de su ingesta excesiva (qué la provocan)
y qué se puede hacer con ellos. (Cap. 9-16). Al finalizar se -
repartieron las tarjetas de registro diario.

GRUPO CONTROL.

Sin tratamiento.

7a. Sesión

GRUPOS EXPERIMENTALES

Se recogieron las tarjetas de registro diario y a continuación se revisaron los Capítulos referentes a las consecuencias del beber y cómo se pueden producir los mismos resultados de otra manera (Cap. 17-21). Al finalizar, se repartieron las tarjetas de registro diario.

GRUPO CONTROL.

Sin tratamiento

8a. Sesión

GRUPOS EXPERIMENTALES

Se recogió la tarjeta de registro diario y posteriormente se revisaron los capítulos referentes a las consecuencias del beber y cómo se pueden producir éstas de otra manera (Cap. 22-27). Se dió fin al Curso agradeciendo a los participantes su asistencia.

GRUPO CONTROL

Se recogió la tarjeta de registro diario y a continuación se revisaron los capítulos referentes a cómo trabajar sistemáticamente en la reducción de la ingesta (Cap. 1 y 2). Al finalizar se repartió la siguiente tarjeta de registro. (De este grupo únicamente se tomaron en cuenta para nuestro análisis de resultados las dos primeras tarjetas de registro diario).

NOTA: Los datos reportados por los sujetos en las tarjetas de registro diario fueron corroborados a través de una trabajadora social que interrogaba a los familiares o amigos.

SIN ESTADISTICA SE CAMINA
SIN RUMBO

L U I S .

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Toda la información obtenida a través de la investigación fue - analizada y procesada por medio de un Sistema Computarizado de Datos con la incorporación del SPSS (Paquete Estadístico para - las Ciencias Sociales).

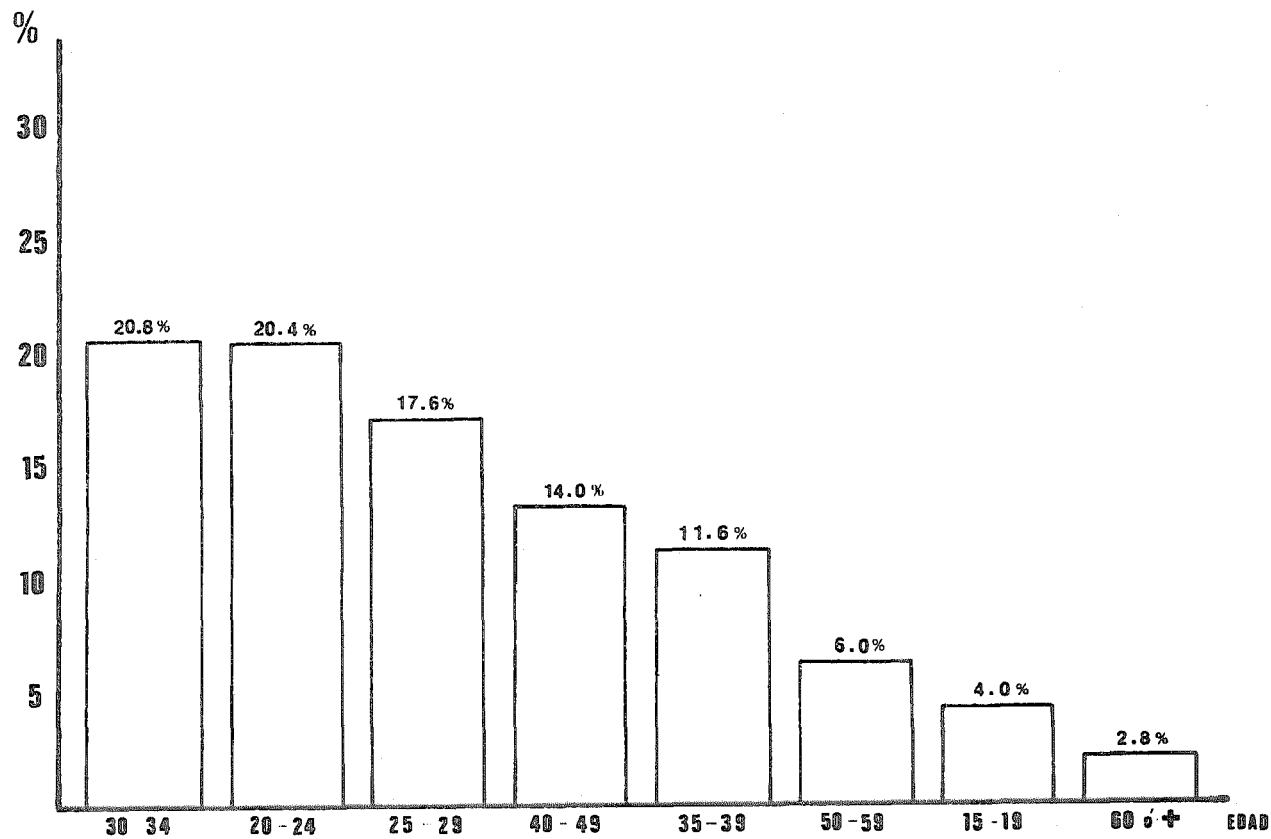
Inicialmente se analizaron las frecuencias de la información so ciodemográfica extraída de las 500 personas que constituían el - marco muestral de donde se extrajo la muestra final con la cual se puso en marcha el Programa de Autocontrol. Estas personas --- fueron elegidas tomando en cuenta la cantidad de alcohol que re portaban ingerir y las características de inclusión mencionadas anteriormente. (Véase Capítulo de Método).

Posteriormente, se procedió a hacer un análisis global de la in formación obtenida de los 30 sujetos que componen la muestra fi nal. A partir de estos resultados, por medio del análisis de X^2 y prueba t , se analizaron algunas de las pruebas de hipótesis - surgidas a lo largo de la investigación y planteadas como subhi pótesis así como la hipótesis general expuesta al principio.

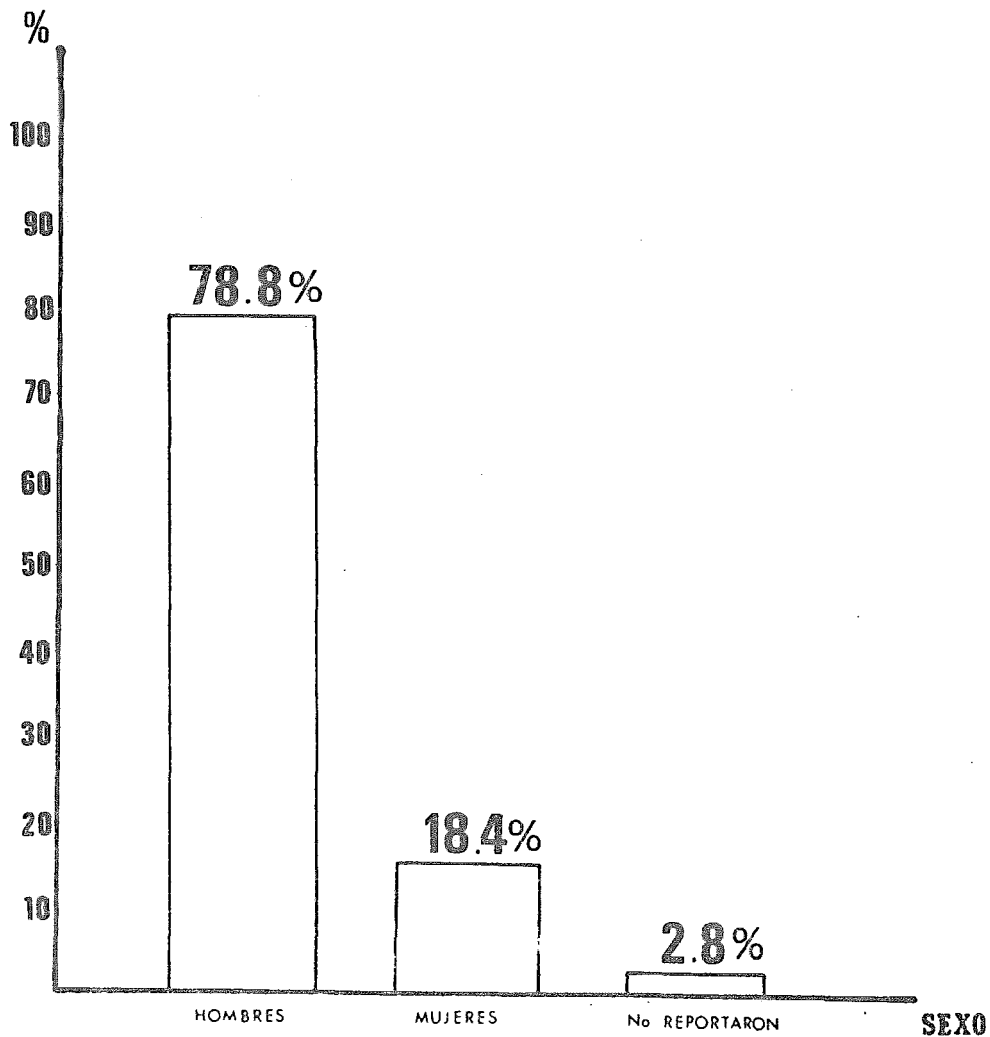
Características de la Población Encuestada.

Se presentan a continuación las gráficas porcentuales de la in-- formación sociodemográfica.

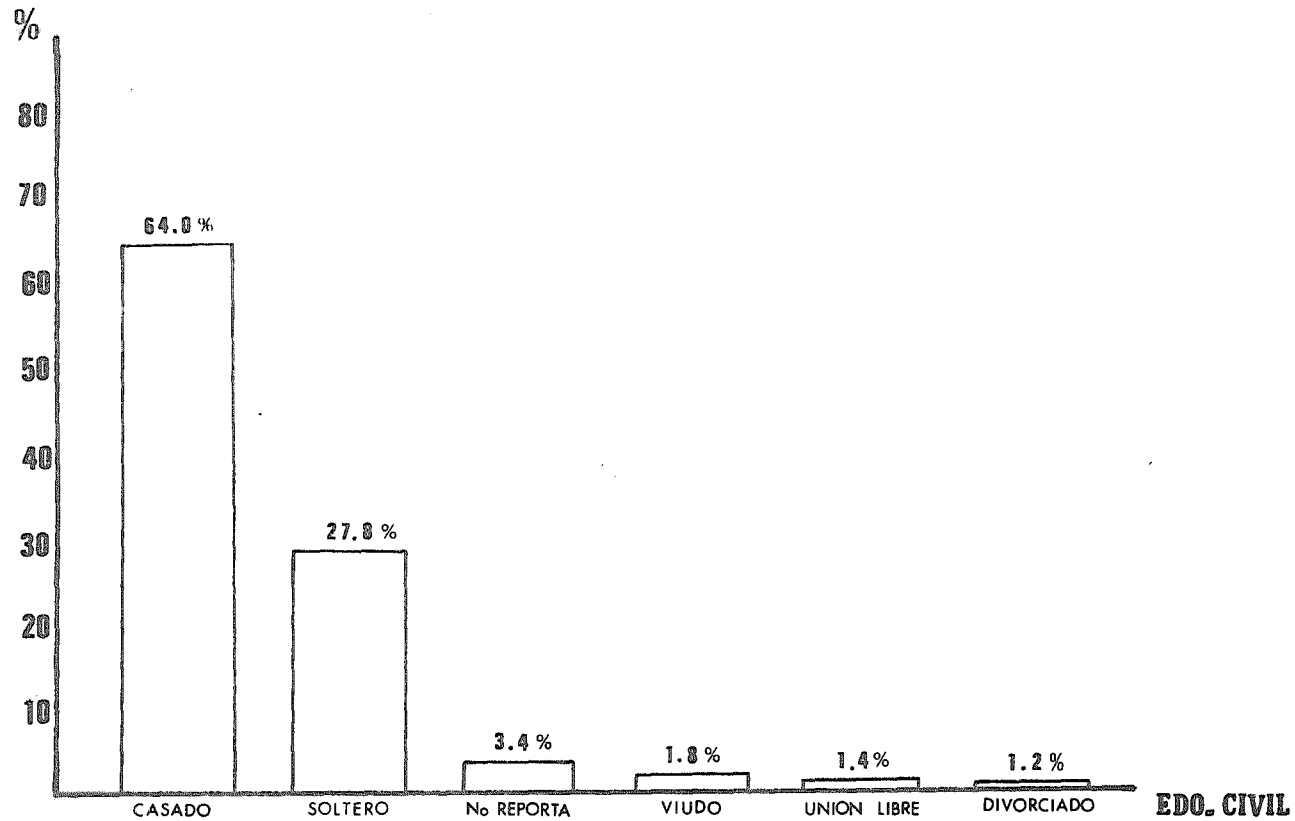
GRAFICA 1.- Muestra los intervalos de edades



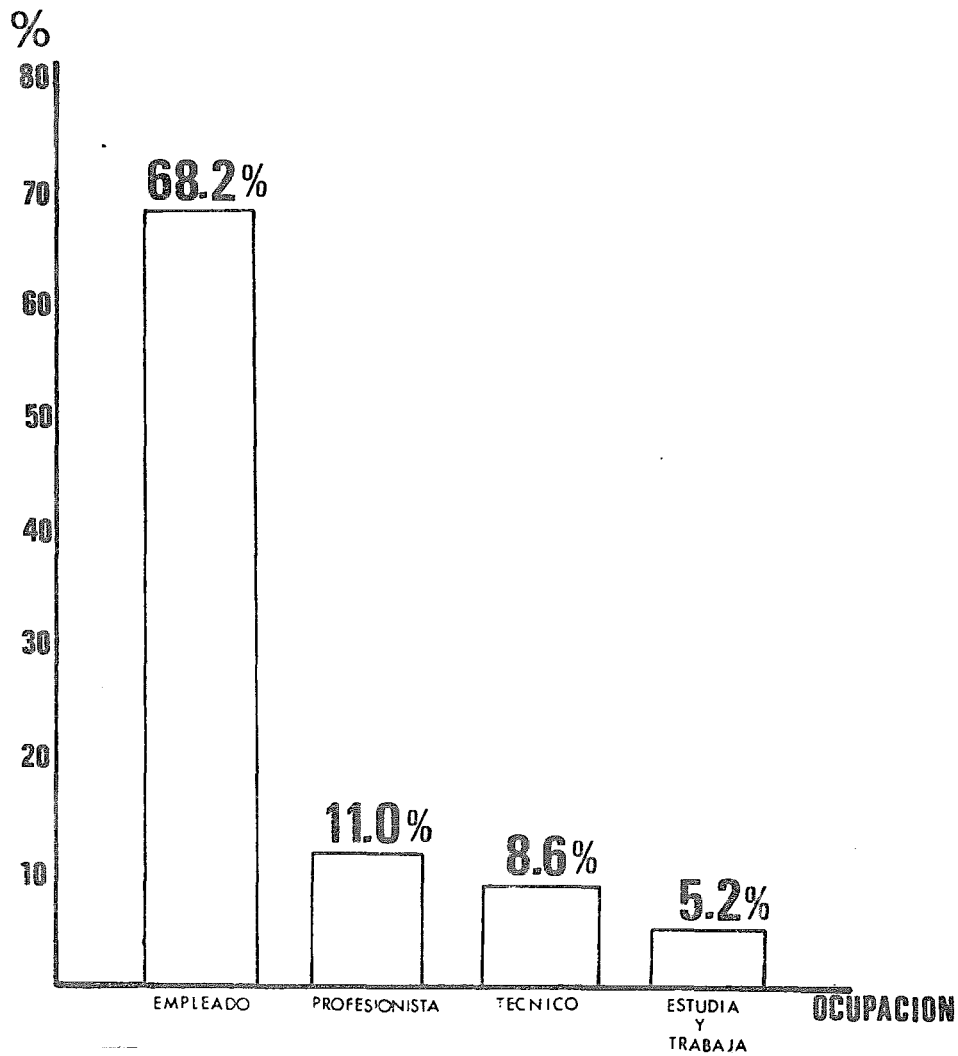
GRAFICA 2.- Muestra los porcentajes del sexo.



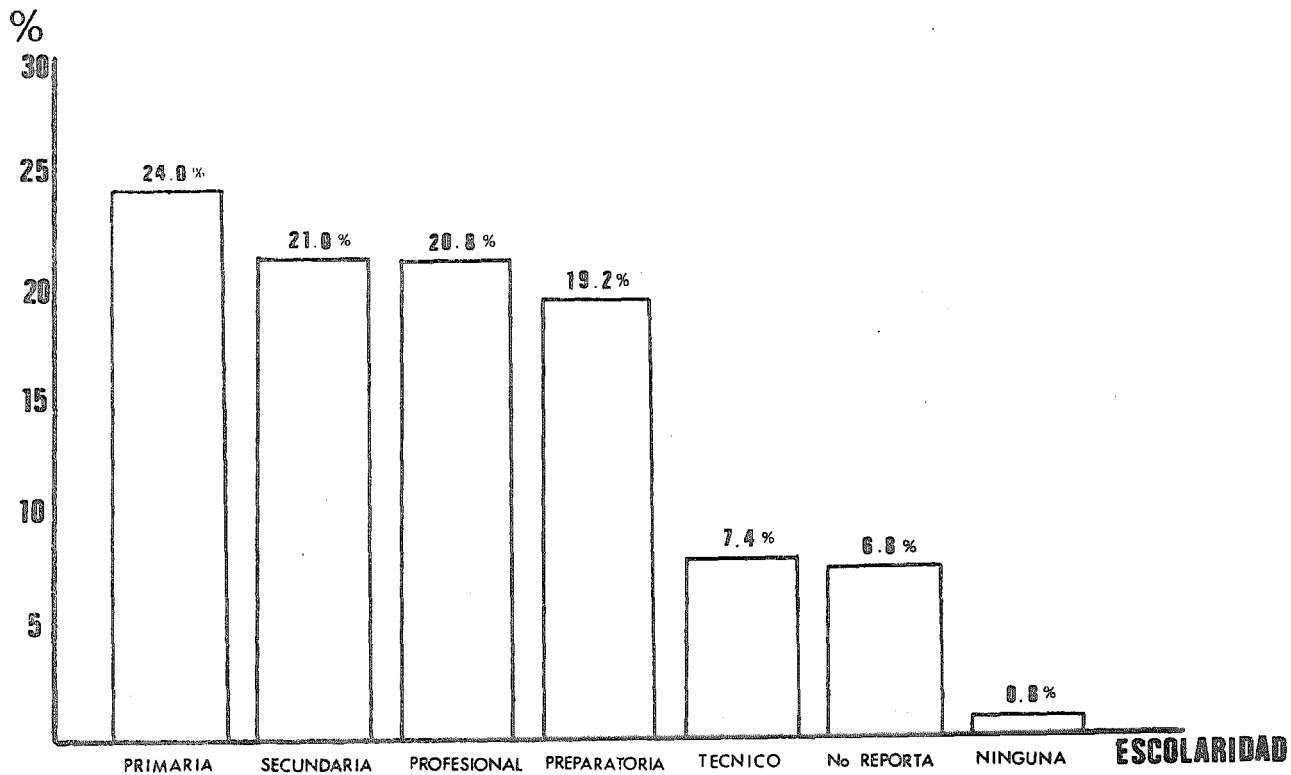
GRAFICA 3.-Muestra el Estado Civil.



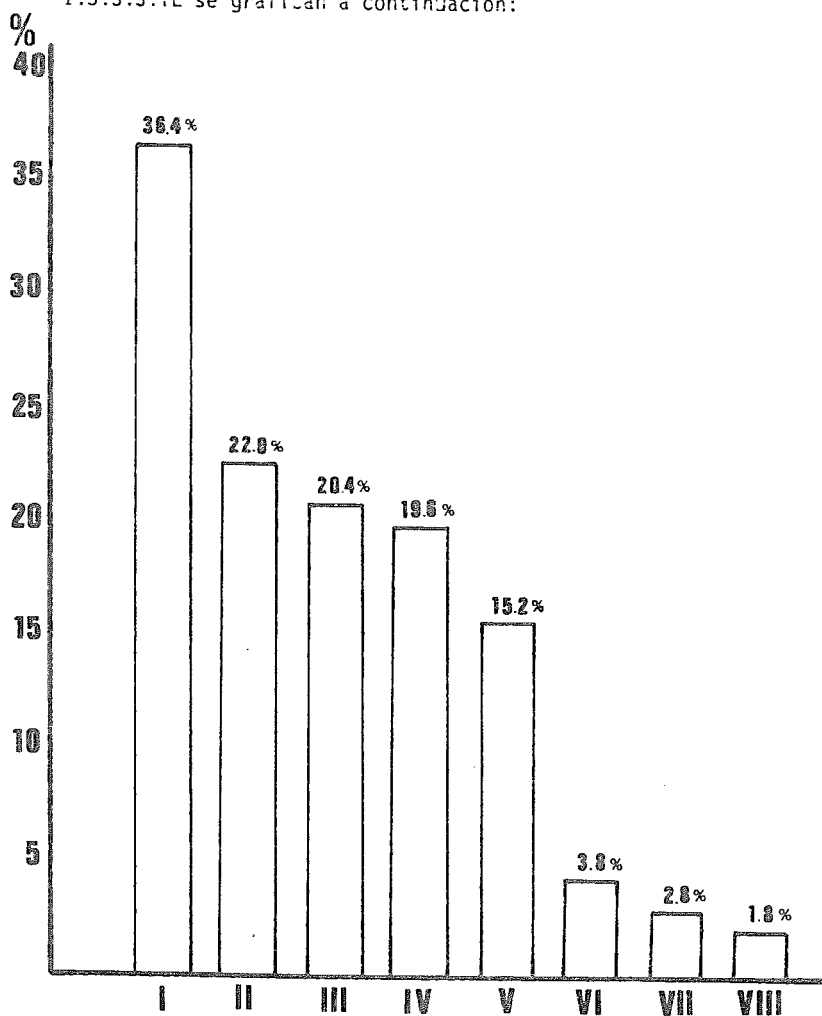
GRAFICA 4. Muestra la Ocupación



GRAFICA 5.- Muestra la Escolaridad.



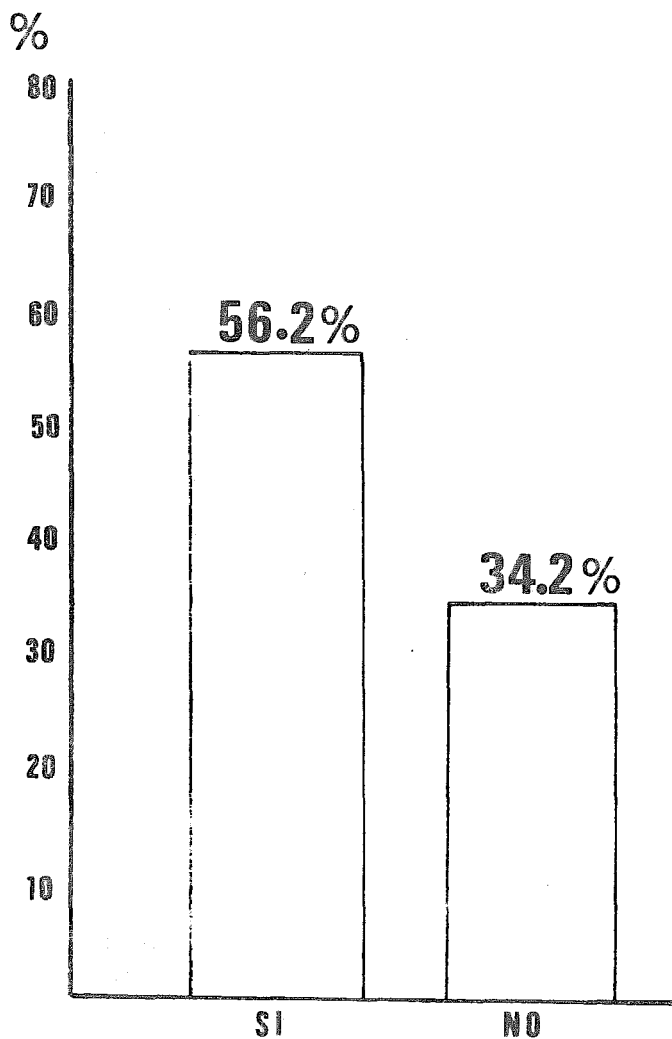
Los datos obtenidos y analizados con respecto a la encuesta del I.S.S.S.TE se grafican a continuación:



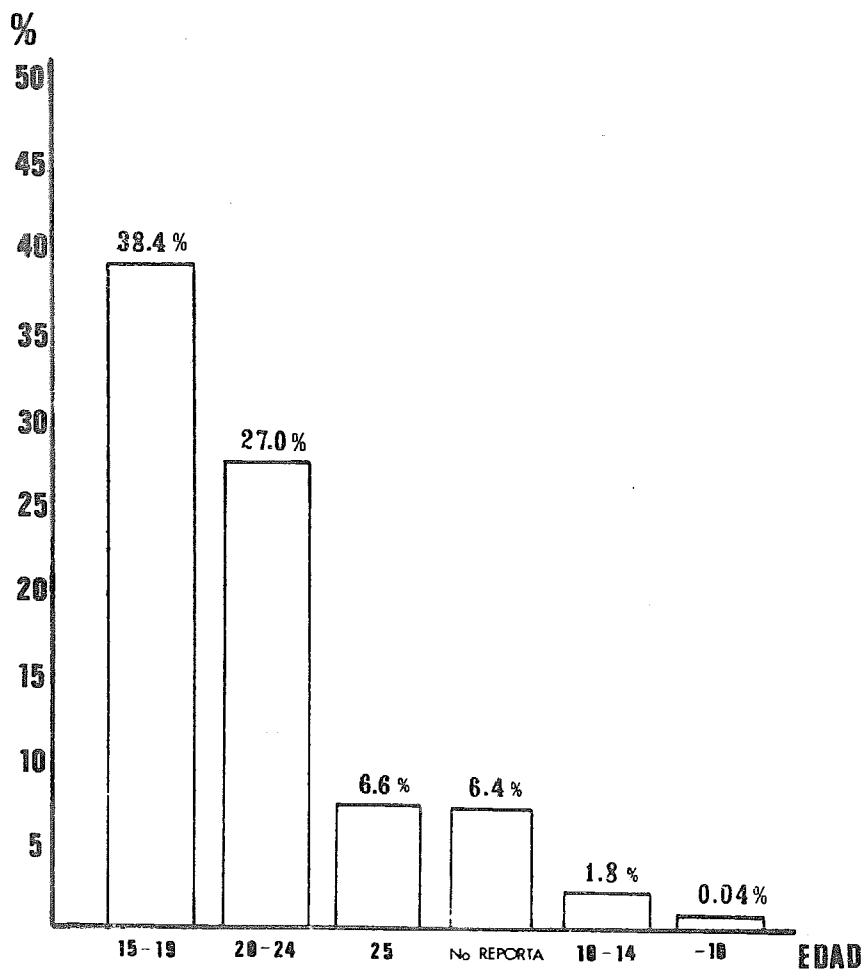
GRAFICA 6.-"Generalmente la gente bebe para..."

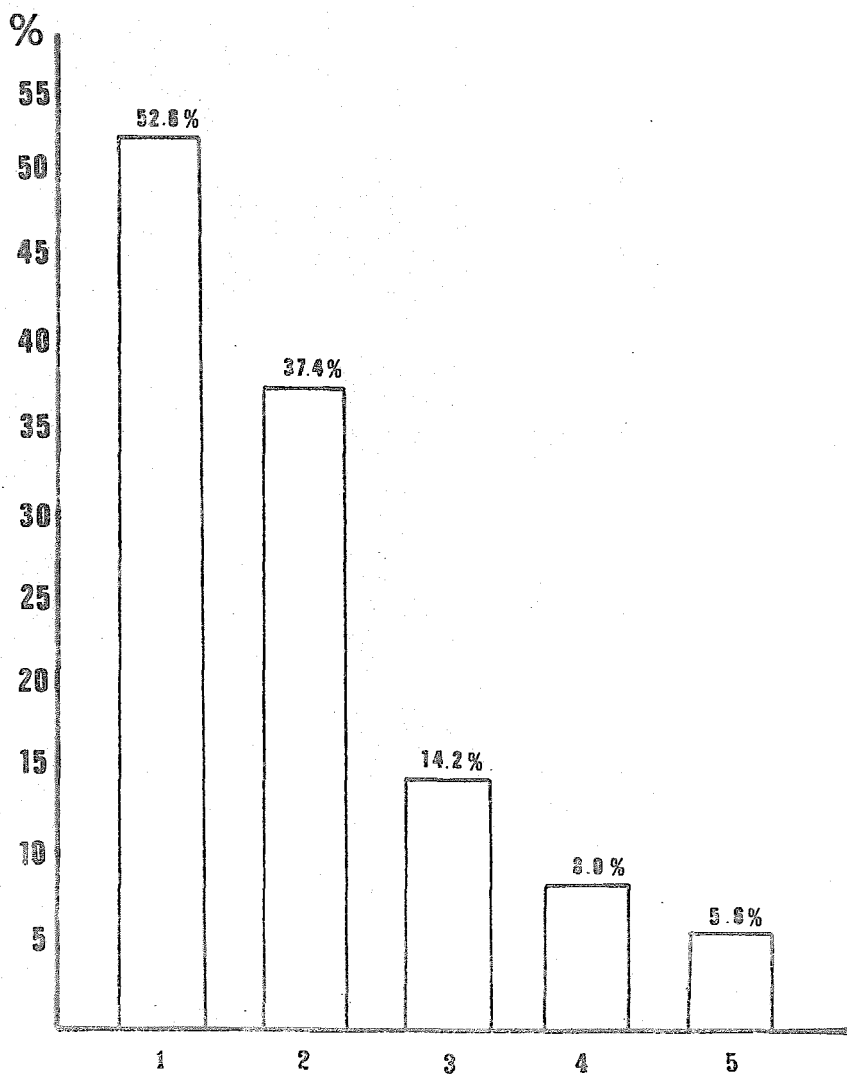
(I.-Para acompañar a los amigos; II.-Para ponerse en ambiente; III.-Para sentirse contento; IV.-Para acompañar la comida; V.-No bebe; VI.-Para olvidar preocupaciones; VII,-Para tranquilizarse; VIII.Para agarrar valor).

GRAFICA 7.- 'Acostumbra tomar bebidas alcohólicas'.



GRAFICA 8.-"Edad en que comenzó a beber".

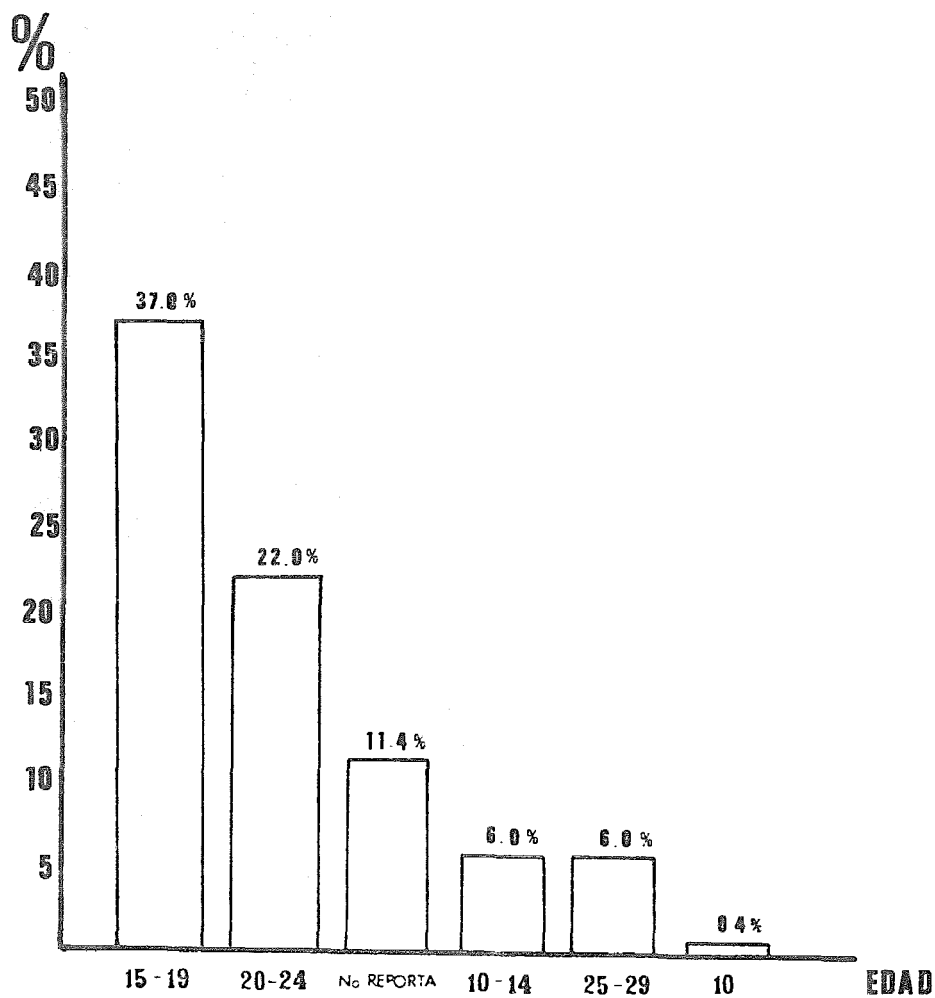


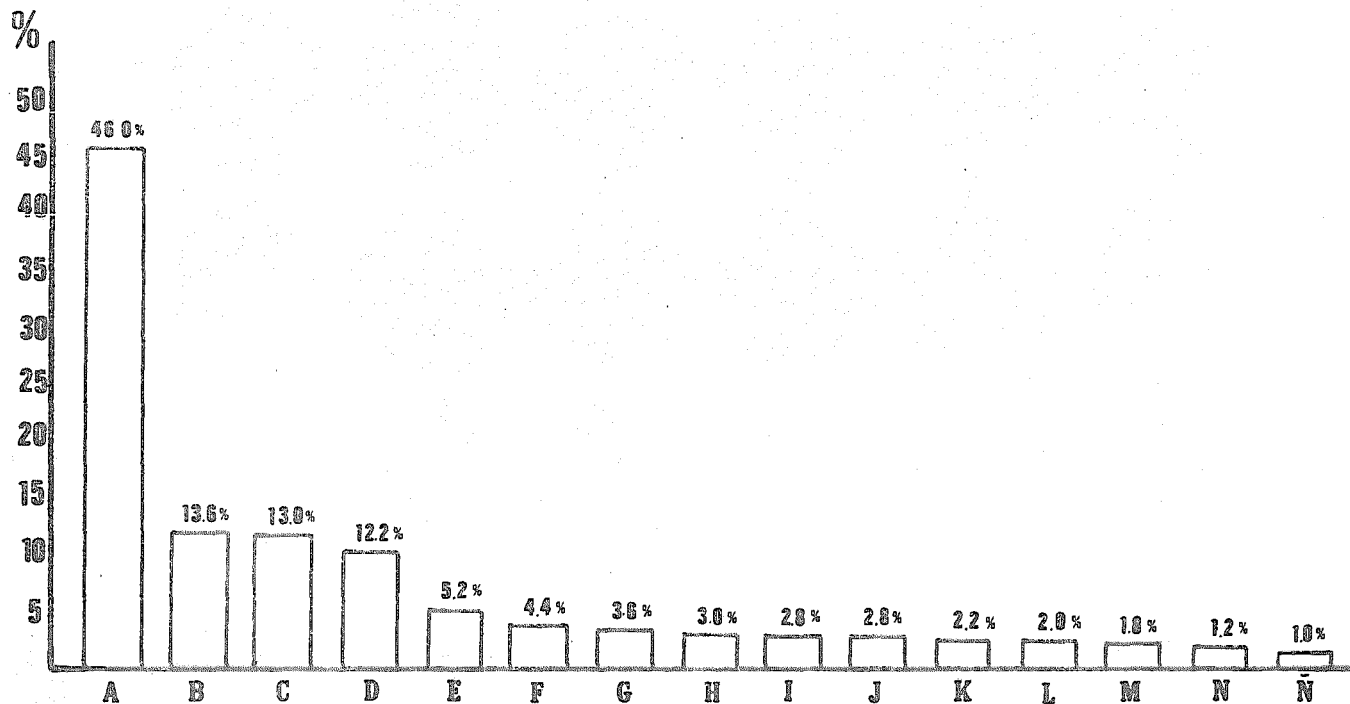


GRAFICA 9.-"¿Qué bebe generalmente?".

(1.-Destilados; 2.-Cerveza; 3.-Vino de Mesa; 4.-Pulque; 5.-Otros).

GRAFICA 10.-"¿A qué edad se emborrachó por primera vez?"

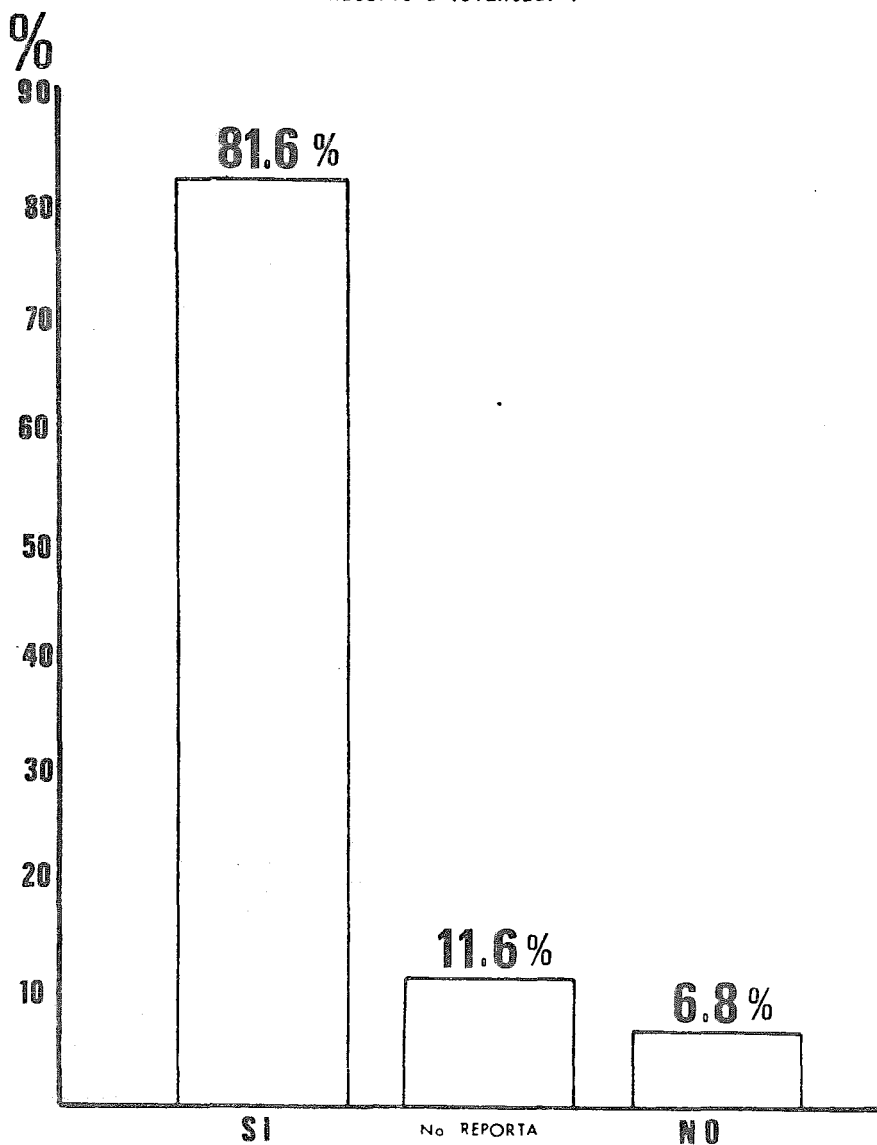




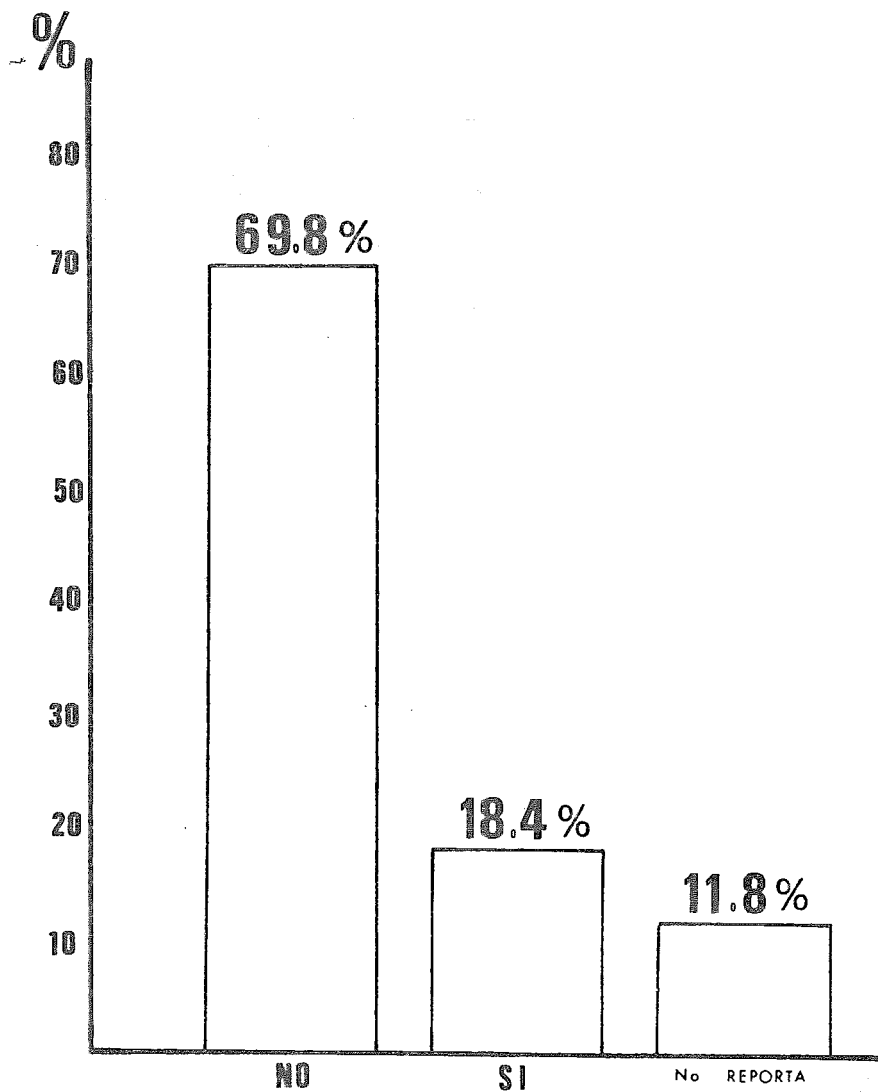
GRAFICA 11.-"¿Qué tipo de problemas le ha causado la bebida?"

(A.-Ninguno; B.-Incomodidad e insatisfacción; C.-Discusiones con la Familia; D.-Daños a la Salud; E.-Pleitos Callejeros; F.-Accidentes de Tránsito; G.-Ausentismo en el trabajo y/o escuela; I.-Problemas con la policía; J.-Otros; K.-Pérdida de amistades; L.-Maltrato a los hijos y/o esposa; M.-Abandono físico de la familia; N.-Abandono económico de la familia; Ñ.-Pérdida del empleo y/o expulsión escolar; H, Llamadas de atención y/o sanciones en el trabajo y/o escuela).

GRAFICA 12.-"¿Una vez que comienza a beber puede dejar de hacerlo a voluntad?".



GRAFICA 13.-"¿Ha bebido sin parar por más de un día?".

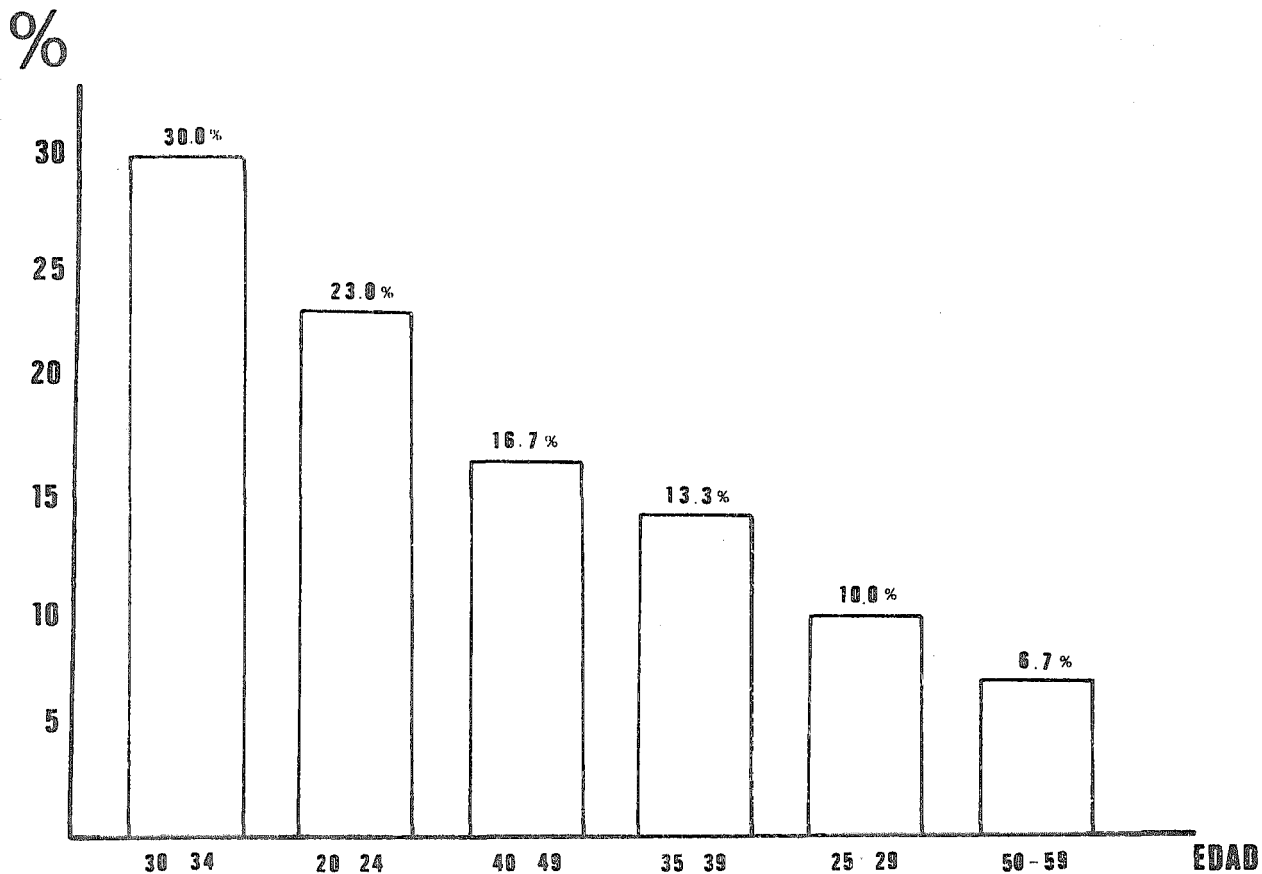


Con base en la información obtenida por el M.A.S.T., se observó que -
la población sujeta a estudio reporta lo siguiente:

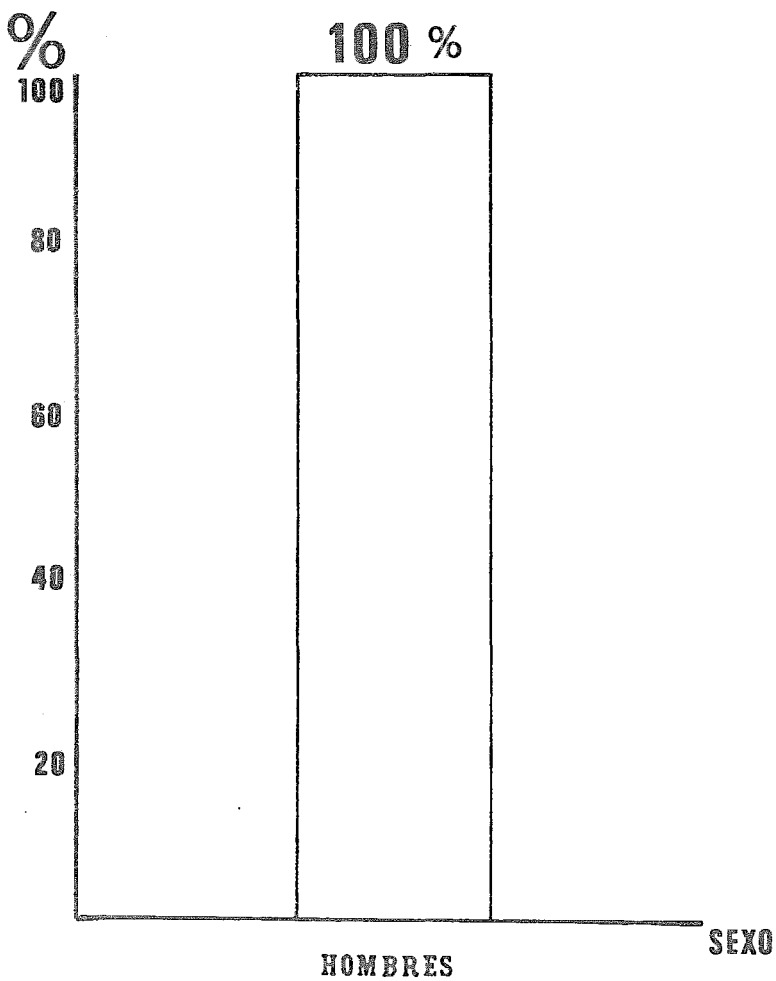
	SI	NO
1. Disfruta con un trago	68%	26%
2. ¿Se considera un bebedor normal? (por normal entendemos que bebe menos o igual que otra gente).	62.8%	31.2%
3. Alguna vez se ha despertado después de beber la noche anterior y se encontró con que no recuer- da lo que pasó?.	31.6%	64.4%
4. ¿Su esposa(o), padre o algún otro familiar es- tán preocupados o se quejan por su forma de beber?	27.8%	68.8%
5. Puede dejar de beber sin dificultad después de uno o dos tragos?	81.4%	15.6%
6. ¿Se ha sentido culpable por su forma de beber?	28.6%	66.4%
7. ¿Sus amigos y parientes creen que usted es un bebedor normal?	64.6%	30.2%
8. ¿Es capaz de dejar de beber cuando quiera ha- cerlo?.	83.8%	12.0%
9. ¿Ha asistido a alguna reunión de A.A.?	13.6%	82.0%
10. ¿Ha tenido peleas cuando bebe?	21.8%	73.8%
11. ¿Ha creado su forma de beber problemas entre - usted y su esposa, marido, padres y otros fami- liares cercanos?	20.8%	76.4%
12. ¿Alguien de su familia ha ido a solicitar ayu- da por su forma de beber?	7.0%	90.0%
13. ¿Ha perdido amigos por su forma de beber?	8.2%	86.0%
14. ¿Ha tenido problemas en la escuela por beber?	3.4%	88.6%
15. ¿Alguna vez ha perdido un trabajo por beber?	3.0%	92.0%
16. ¿Ha descuidado sus obligaciones de familia o -- trabajo por 2 o más días seguidos porque esta- ba bebiendo?	5.0%	90.4%
17. ¿Bebe antes del medio día con frecuencia?	3.8%	91.8%
18. ¿Le han dicho que tiene problemas del hígado?(cirrosis)?	2.4%	93.0%
19. ¿Después de beber mucho, ha tenido temblores muy intensos, ha oído voces, o visto cosas que no eran reales?.	4.4%	90.8%
20. ¿Ha buscado ayuda por su forma de beber?	5.2%	90.4%

21. ¿Ha estado en un nospital por beber?	2.4%	92.8%
22. ¿Alguna vez ha estado como paciente en un hospital psiquiátrico o en un hospital donde beber fue parte del problema que resultó hospitalización?	1.2%	94.8%
23. ¿Alguna vez ha ido a una clínica de salud mental, médico o consejero con un problema emocional donde beber era parte del problema?	0.8%	94.0%
24. ¿Alguna vez ha sido detenido por manejar tomado, o bajo la influencia de bebidas alcohólicas?	14.0%	80.0%
25. Sí cuantas veces: 2(25); 3(10);1(18)		
26. ¿Alguna vez ha sido arrestado o detenido aunque sea por una hora por algún comportamiento al estar bebiendo?	11.2%	82.2%
27. Si cuantas veces 1(32); 3(7); 2(6);4(4)		

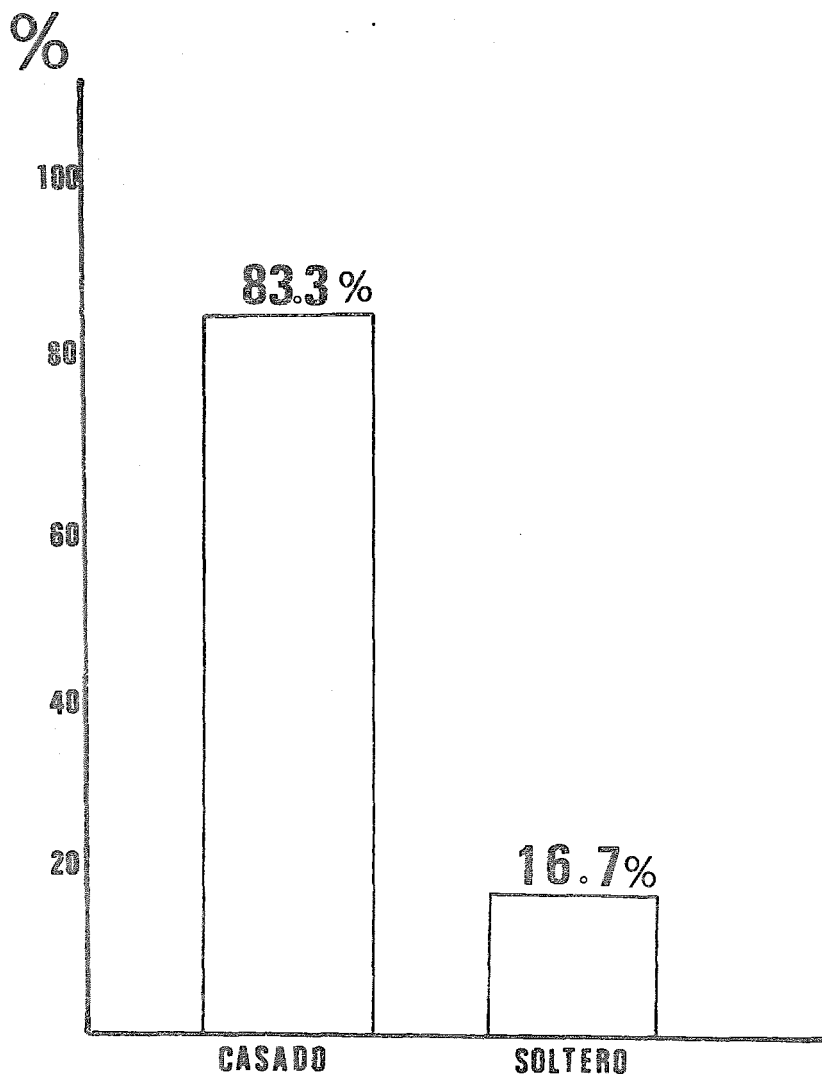
Características de la Muestra.- A continuación se observan las gráficas descriptivas de la muestra estudiada:



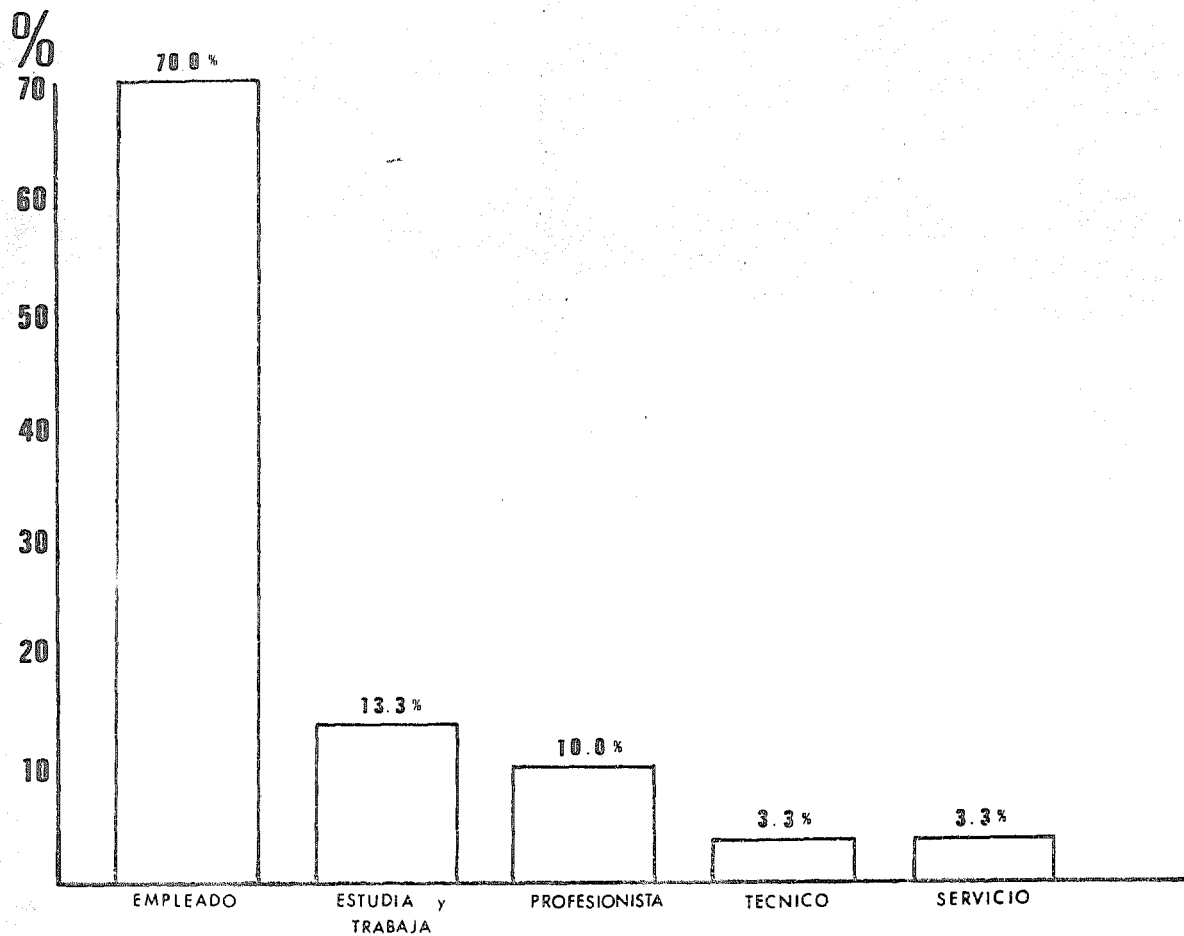
GRAFICA 14.- Edad



GRAFICA 15.-Sexo

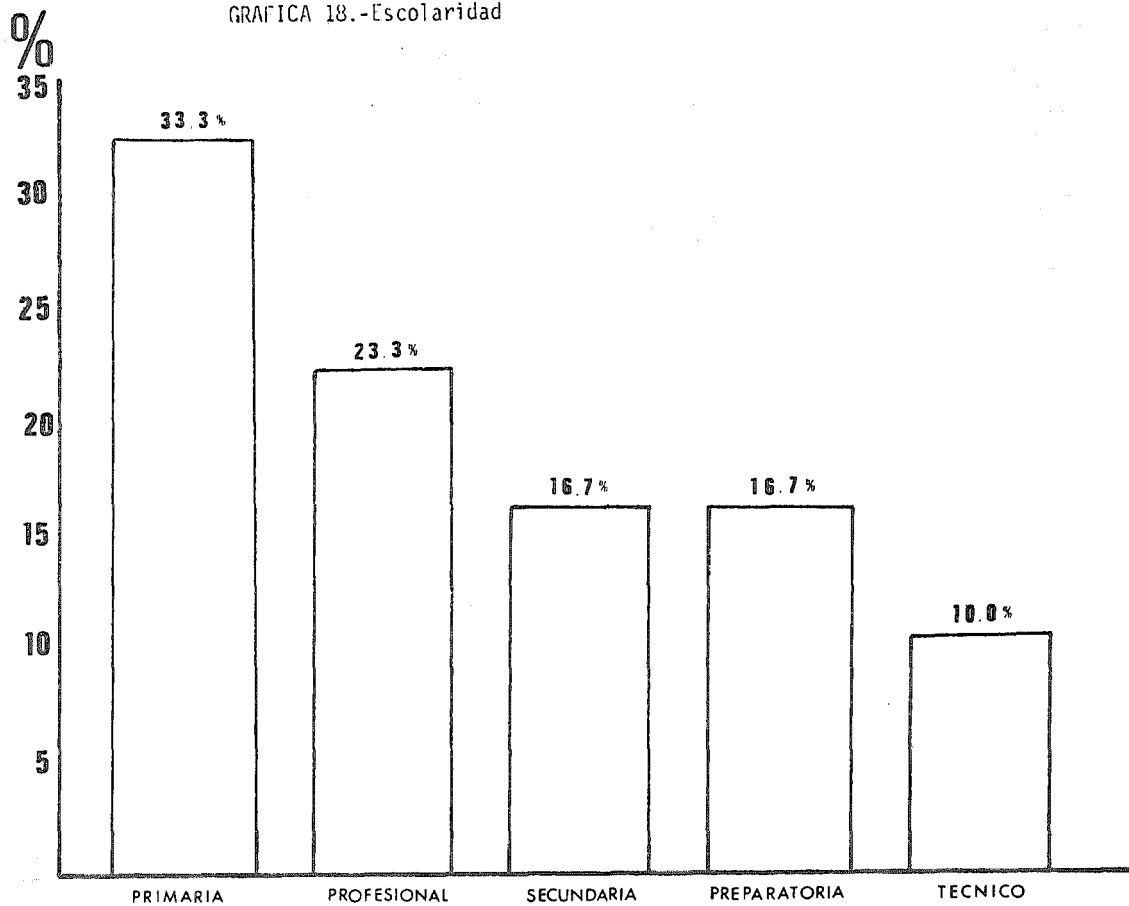


GRAFICA 16.- Estado Civil.

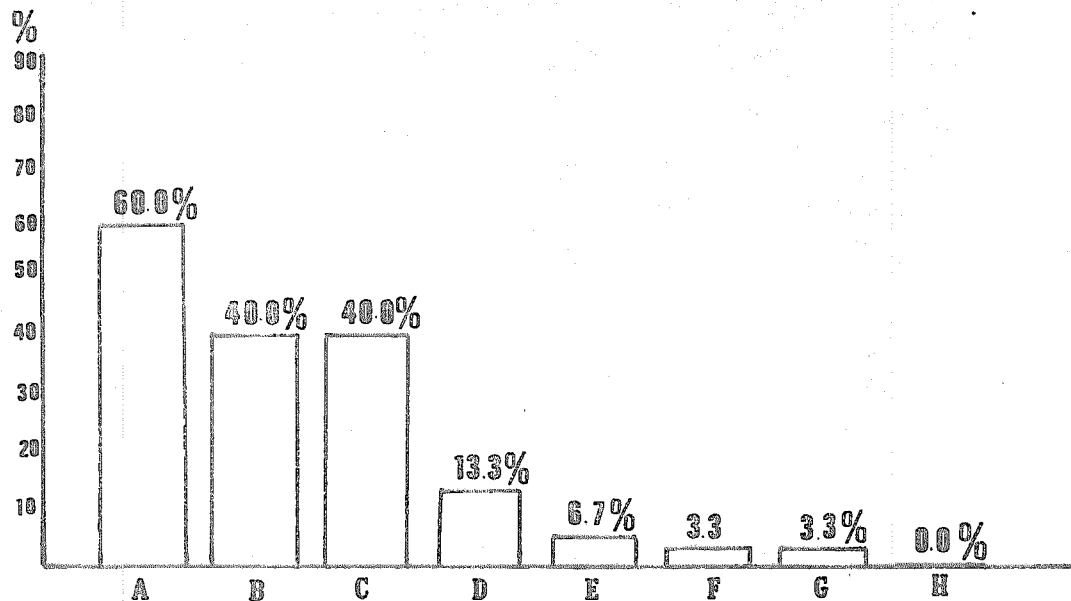


GRAFICA 17.-Ocupación

GRAFICA 18.-Escolaridad



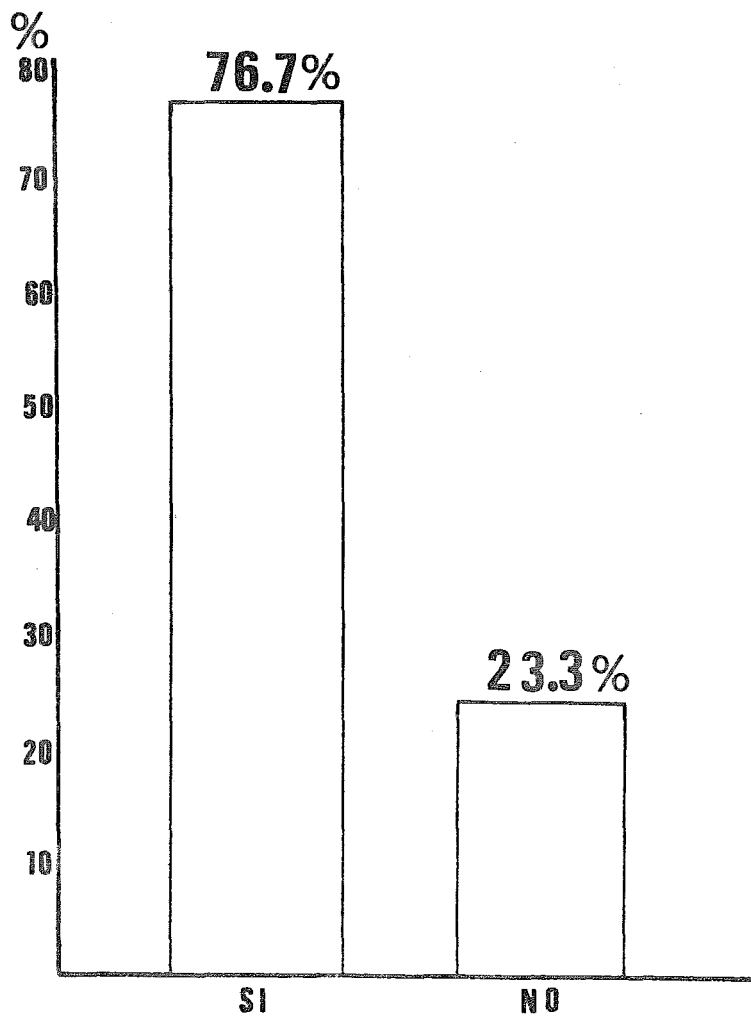
Los datos obtenidos y analizados con respecto a la encuesta del I.S.S.S.T.E. Se grafican a continuación



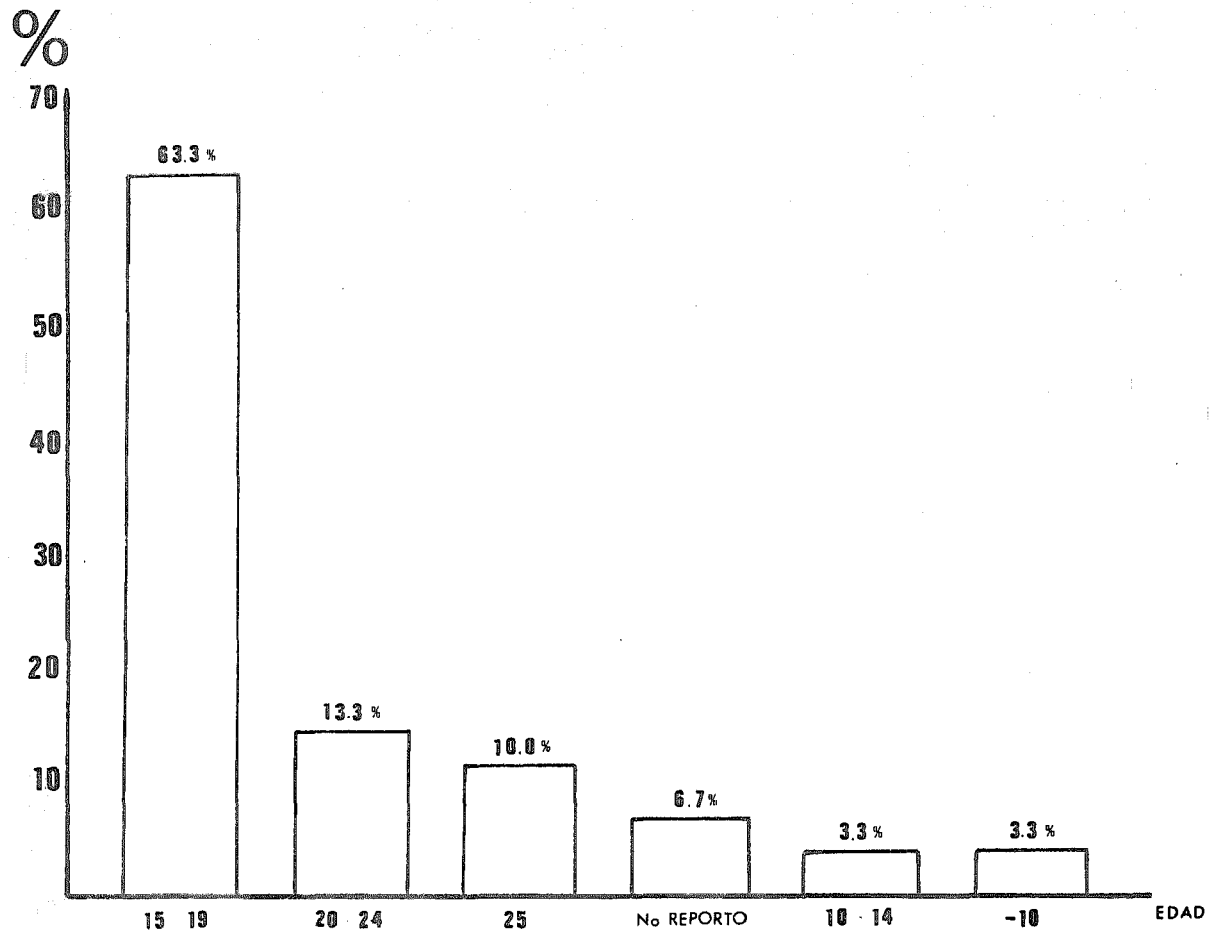
GRAFICA 19.-"Generalmente la gente bebe para..."

(A.-Para acompañar a los amigos, B.-Para sentirse contento; C.-Para ponerse en ambiente; D.-Para acompañar la comida; E.-No bebe; F.-Para olvidar sus preocupaciones y sus penas; G.-Para tranquilizarse; H.-Para agrarrar valor).

GRAFICA 20.-"Acostumbra tomar bebidas alcohólicas".

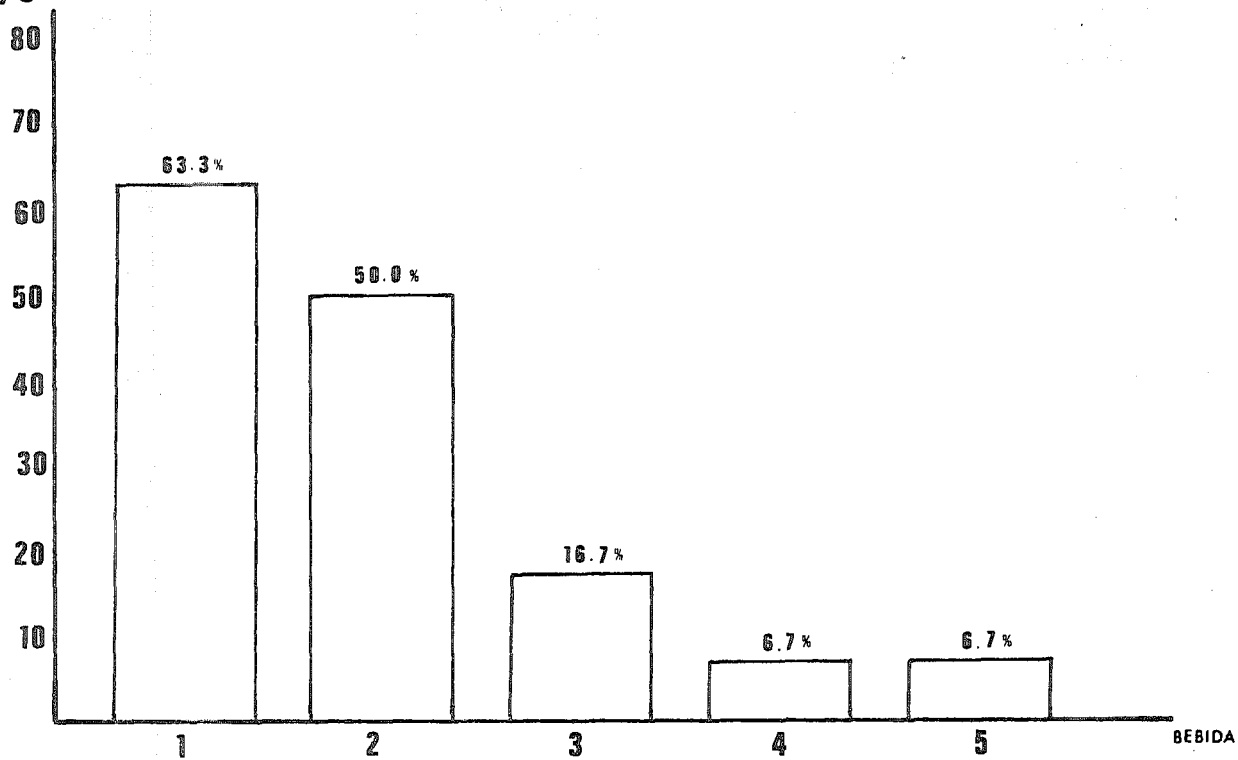


GRAFICA 21.- "Edad en que comenzó a beber".

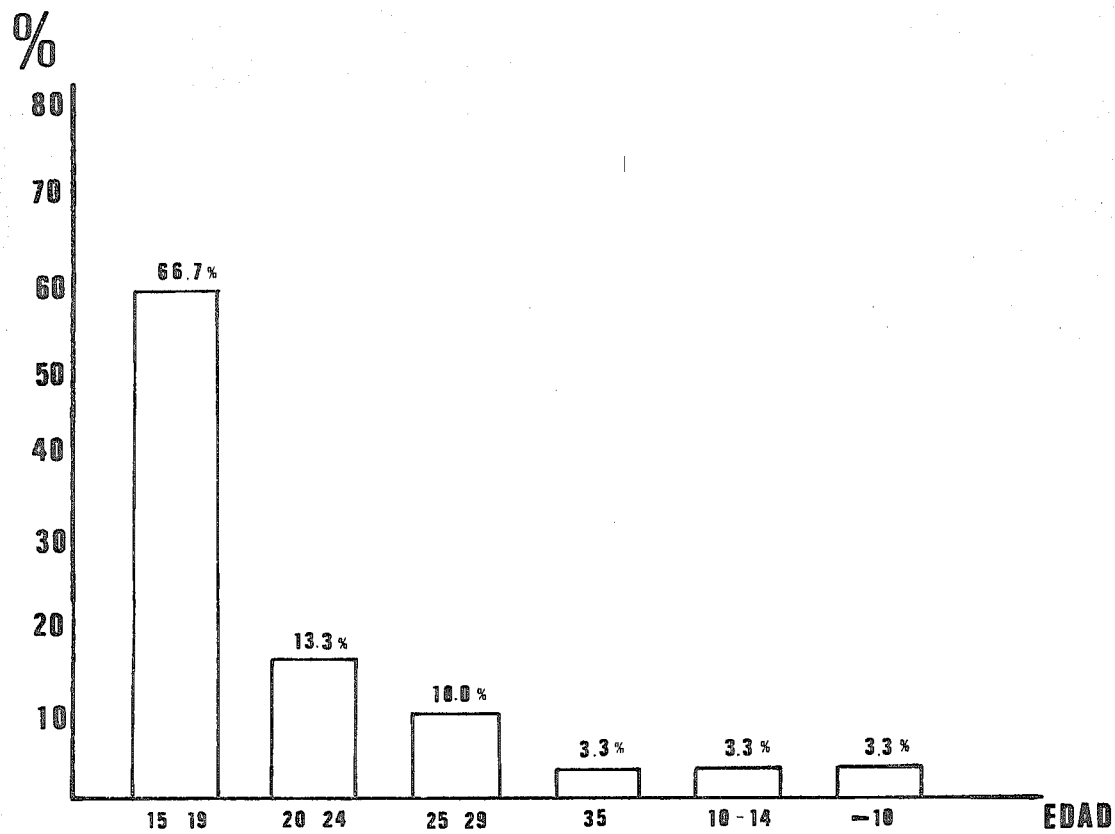


%

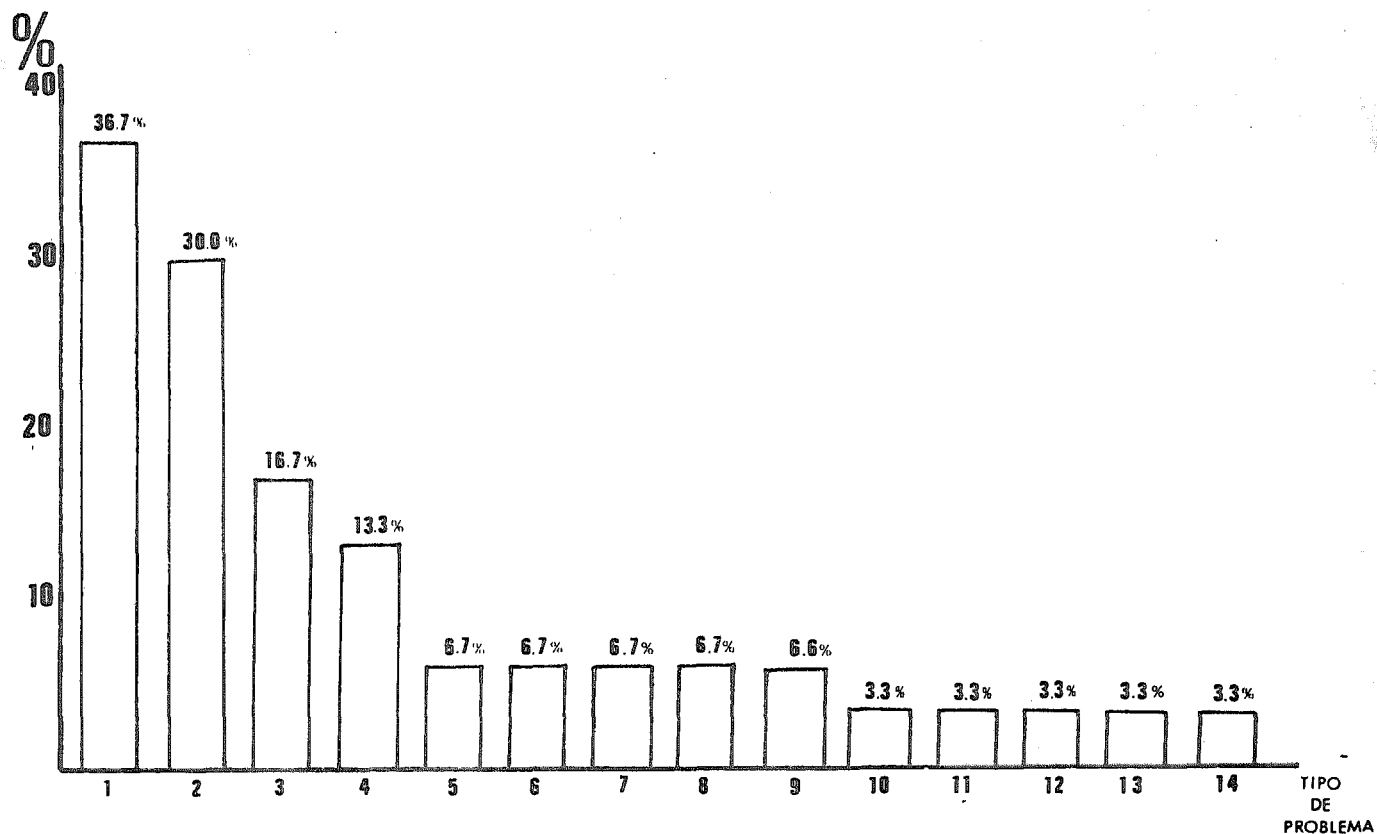
GRAFICA 22.-"¿Qué bebe generalmente?"



(1.-Destilados; 2.-Cerveza; 3.-Vino de mesa; 4.-Pulque; 5.-Otros).

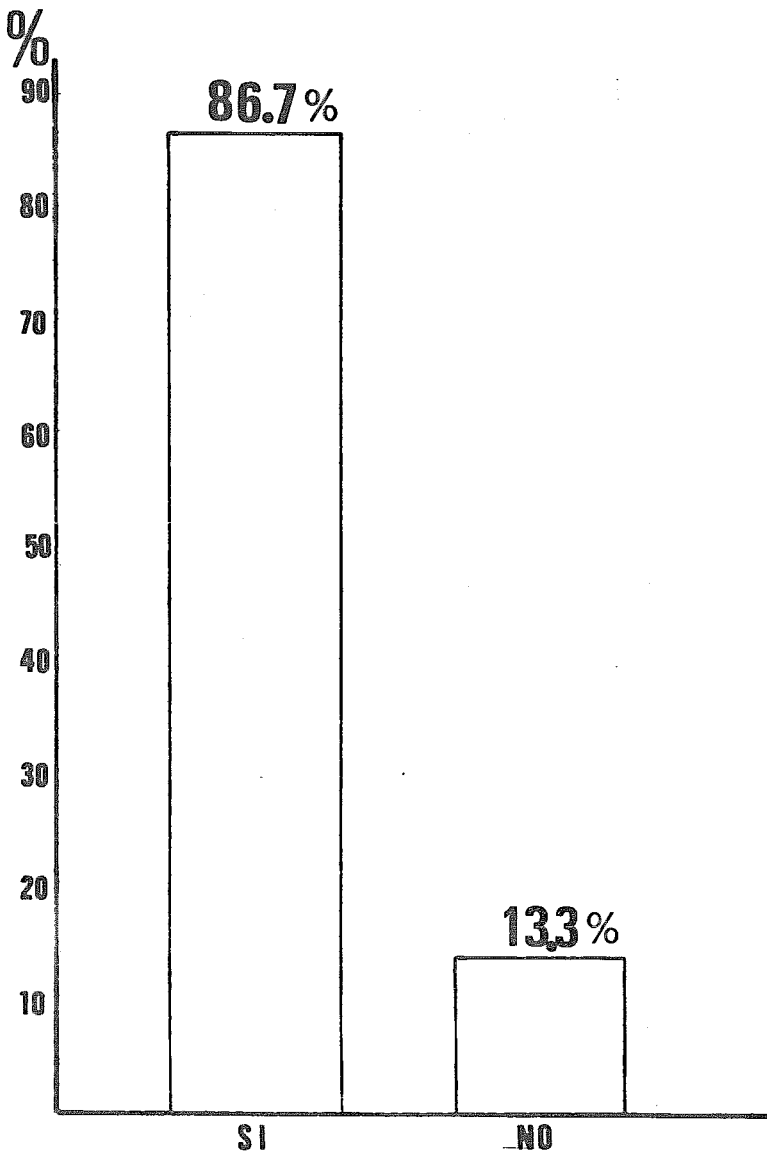


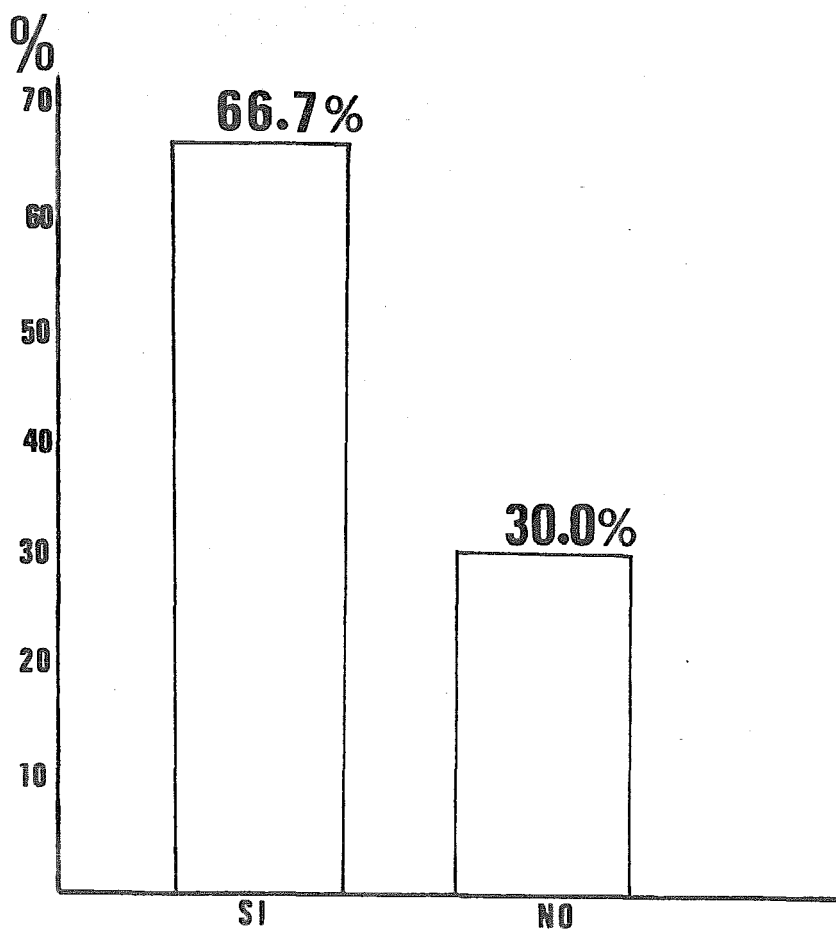
GRAFICA 23. - "¿A qué edad se emborrachó por primera vez?".



GRAFICA 24.- "¿Qué tipo de problemas le ha causado la bebida?"
 (1. Incomodidad e insatisfacción; 2. Daños a la salud; 3.-Accidentes de tránsito;
 4.-Pleitos callejeros; 5.-Accidentes en el trabajo y/o escuela; 6.-Ausentismo
 en el trabajo y/o escuela; 7.-Discusiones con la familia; 8.-Otros; 9.-Maltrato
 a los hijos y/o esposa; 10. Llamadas de atención o sanciones en el trabajo
 y/o escuela; 11.-Pérdida de empleo y/o expulsión escolar; 12.-Problemas con la
 policía; 13. Pérdida de amistades; 14.-Ninguno).

GRAFICA 25. "¿Una vez que comienza a beber puede dejar de hacerlo a voluntad?".





GRAFICA 26. "¿Ha bebido sin parar por más de un día?".

Con base en la información obtenida con el M.A.S.T., se observó que --- las personas incluídas en los tres grupos reportaron lo siguiente:

	SI	NO
1. Disfruta con un trago	73.3%	20.0%
2. ¿Se considera un bebedor normal? (por normal entendemos que bebe menos o igual que otra gente).	76.7%	20.0%
3. ¿Alguna vez se ha despertado después de beber la noche anterior y se encontró con que no recuerda lo que pasó?	63.3%	36.7%
4. ¿Su esposa, padre o algún otro familiar están preocupados o se quejan por su forma de beber?	53.3%	43.3%
5. ¿Puede dejar de beber sin dificultad después de uno o dos tragos?.	83.3%	16.7%
6. ¿Se ha sentido culpable por su forma de beber?	56.7%	40.0%
7. ¿Sus amigos y parientes creen que usted es un bebedor normal?	76.7%	23.3%
8. ¿Es capaz de dejar de beber cuando quiera hacerlo?	83.3%	16.7%
9. ¿Ha asistido a alguna reunión de A.A.?	30.0%	63.3%
10. ¿Ha tenido peleas cuando bebe?	50.0%	50.0%
11. ¿Ha creado su forma de beber problemas entre usted y su esposa, marido, padres y otros familiares cercanos?	26.7%	73.3%
12. ¿Alguien de su familia ha ido a solicitar ayuda por su forma de beber?	6.7%	93.3%
13. ¿Ha perdido amigos por su forma de beber?	10.0%	86.7%
14. ¿Ha tenido problemas en la escuela por beber?	3.3%	90.0%
15. ¿Alguna vez ha perdido un trabajo por beber?	0%	0%
16. ¿Ha descuidado sus obligaciones de familia o de trabajo por 2 o más días seguidos porque estaba bebiendo?	3.3%	93.3%
17. ¿Bebe antes del medio día con frecuencia?	6.7%	90.0%
18. ¿Le han dicho que tiene problemas del hígado(cirrosis)	0%	100%
19. ¿Después de beber mucho, ha tenido temblores muy intensos, ha oído voces, o visto cosas que no eran reales?	0%	93.3%

	SI	NO
20. ¿Ha buscado ayuda por su forma de beber?	6.7%	93.3%
21. ¿Ha estado en un hospital por beber?	10.0%	90.0%
22. ¿Alguna vez ha estado como paciente en un hospital psiquiátrico o en un hospital donde beber fue parte del problema que resultó hospitalización?	3.3%	96.7%
23. ¿Alguna vez ha ido a una clínica de salud mental, médico o consejero con un problema emocional donde beber era parte del problema?	0%	0%
24. ¿Alguna vez ha sido detenido por manejar tomado o bajo la influencia de bebidas alcohólicas?	36.7%	63.3%
25. Sí, cuantas veces: No (80); 2(13.4); 1(6.6)		
26. ¿Alguna vez ha sido arrestado aunque sea por una hora por algún comportamiento al estar bebiendo?	30.0%	70.0%
27. Si cuantas veces: No (76.7); 6(20%); 1(3.3)		

ANALISIS ESTADISTICO (PRUEBAS DE HIPOTESIS)

El interés inicial en conocer objetivamente si había alguna diferencia que pudiera ser significativa en cuanto a la concentración de alcohol en la sangre al inicio de la investigación, pese a la aleatorización, dió pié a la comparación alternativa de cada uno de los grupos, obteniendo así :

GRUPOS	gl	t	α
1-2	18	-.66	.5
1-3	18	.75	.4
2-3	18	-1.85	.08

CUADRO 1. En éste se puede apreciar que no existían diferencias significativas en ninguno de los tres grupos, esperando que los resultados posteriores estuvieran determinados por la manipulación de la variable independiente (entrenamiento conductual de autocontrol), como se muestra a continuación

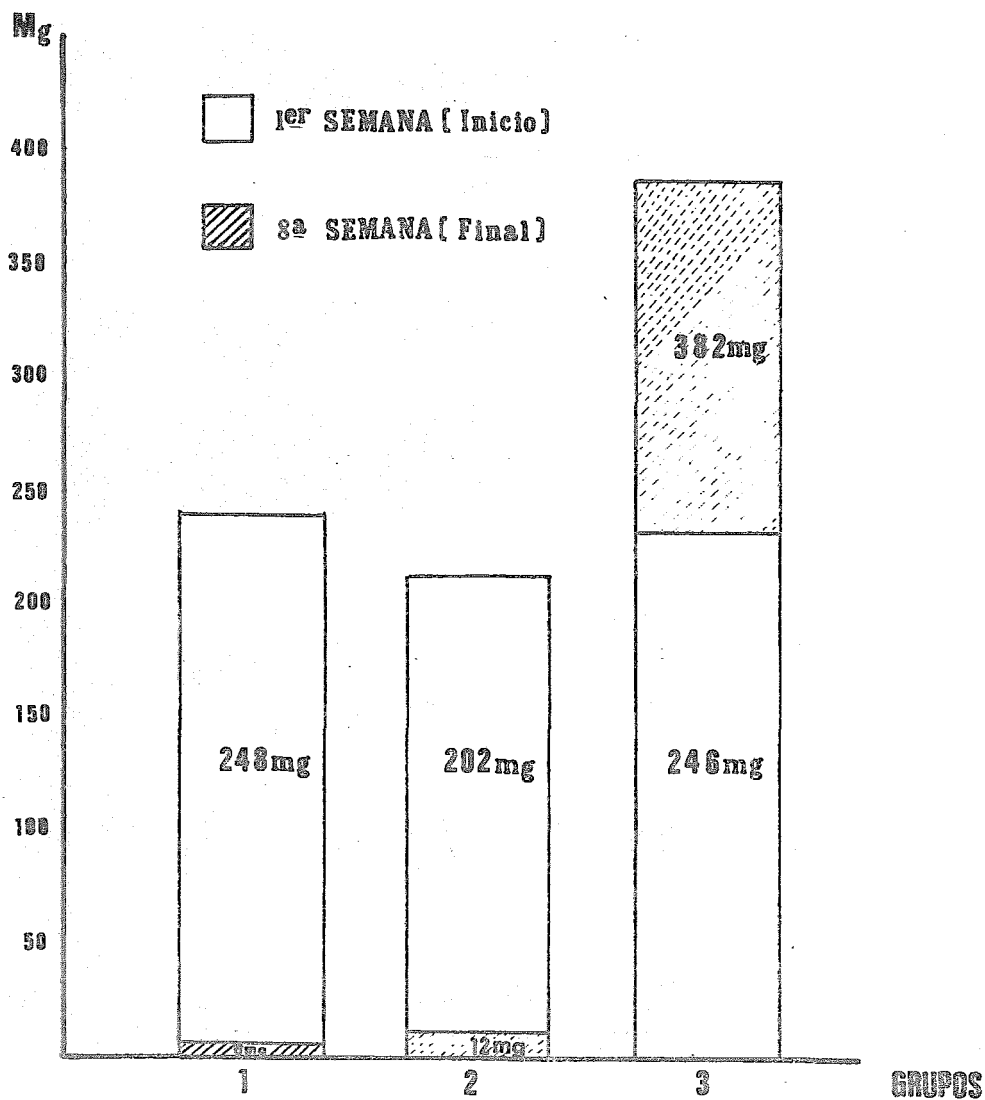
A) Reducción de la Concentración de Alcohol en la Sangre.

GRUPOS	gl	t	α
1-3	18	16.78	.001
2-3	18	-15.94	.001
1-2	18	.57	.57

CUADRO 2. Muestra las comparaciones t entre los grupos experimental 1 y control; experimental 2 y control; y experimental 1 y experimental 2. Donde se observan diferencias significativas al .001 entre los grupos experimentales y el grupo control, lo que apoya la subhipótesis 1 (donde se afirma que sí existen diferencias significativas entre los grupos experimentales y el grupo control con respecto a la concentración

final de alcohol en la sangre); mientras que en los grupos experimental 1 y experimental 2, no existían diferencias significativas, lo cual podría apoyar la subhipótesis 2 donde se prevee que las características particulares del terapeuta no influyen en los resultados finales de la concentración de alcohol en la sangre .

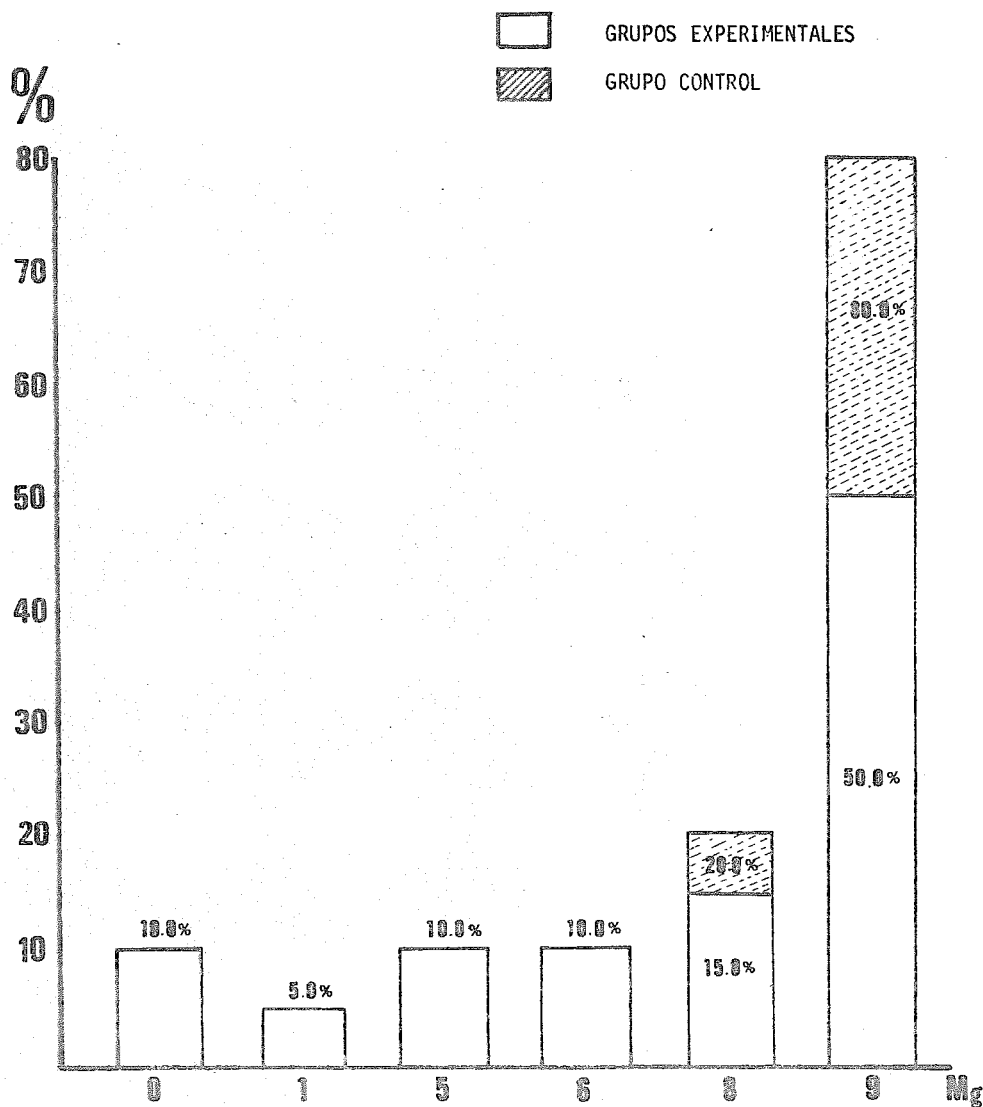
Con base en los análisis anteriores, se procedió a analizar a través de la prueba t, la concentración de alcohol en la sangre reportada al inicio y al final del tratamiento, tanto en los dos grupos experimentales como en el grupo control, donde los grupos experimentales se fusionaron en uno debido a sus semejanzas respecto al promedio de la concentración de alcohol en la sangre (BAC). (Ver gráfica 27 y Cuadro 3).



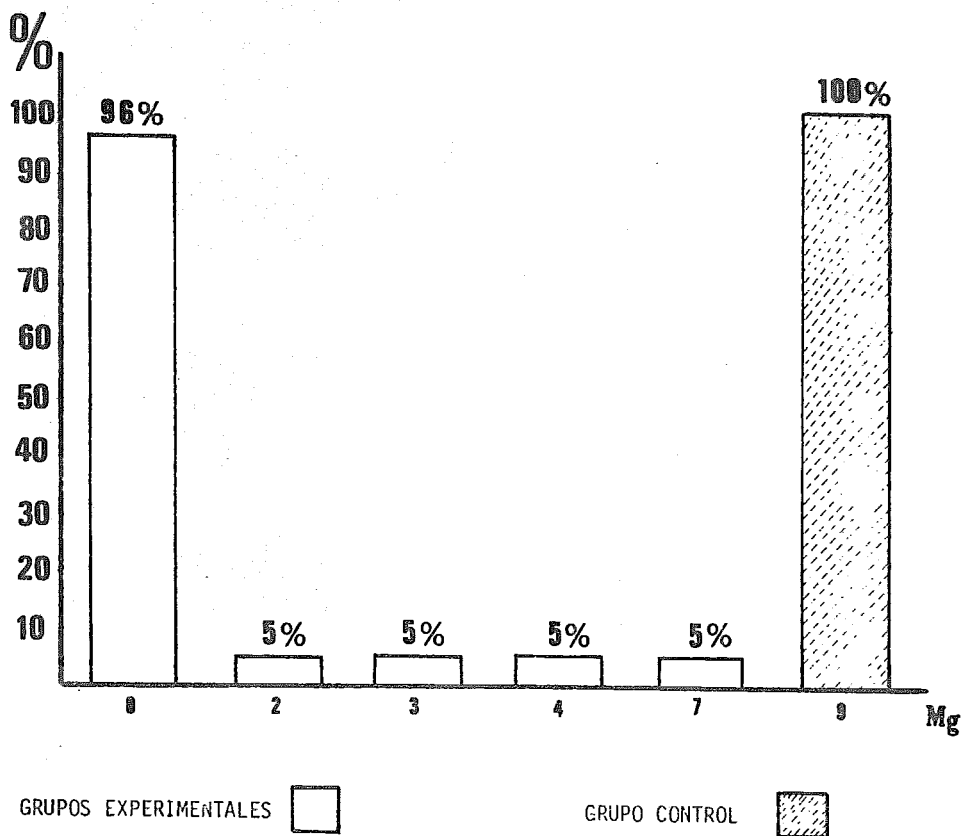
GRAFICA 27 -MUESTRA LA CONCENTRACION DE ALCOHOL (BAC)
EN LA SANGRE INICIAL Y FINAL EN LOS TRES
GRUPOS.

GRUPOS	gl	t	α
EXPERIMENTAL	19	6.15	.001
CONTROL	9	-3.04	.01

CUADRO 3.- Muestra la comparación entre los grupos experimentales antes y después del tratamiento, donde se observan -- diferencias significativas al .001, misma que estuvo controlada o determinada por un decremento en la ingestión de alcohol de un 95%, como puede apreciarse en las gráficas 27,28 y 29. Mientras que para el -- grupo control, con diferencias significativas al .01, observándose un ligero incremento al final del tratamiento.



GRAFICA 28.- MUESTRA LA CANTIDAD BEBIDA EN LA PRIMERA SEMANA, EN LOS GRUPOS EXPERIMENTALES Y EL GRUPO CONTROL. DICHOS: 0-0mg.; 1.-20mg; 5.-100mg.; 6.-120 mg; 8.-de 150 a 200 mg; 9.-más de 200mg.



GRAFICA 29.- Muestra la cantidad bebida en la última semana (octava), en los grupos experimentales y el grupo control. Donde 0.-0 mg.; 2.-20mg; 3.-60mg; 4.-80mg; 7.-140mg; 9.-más de 200mg.

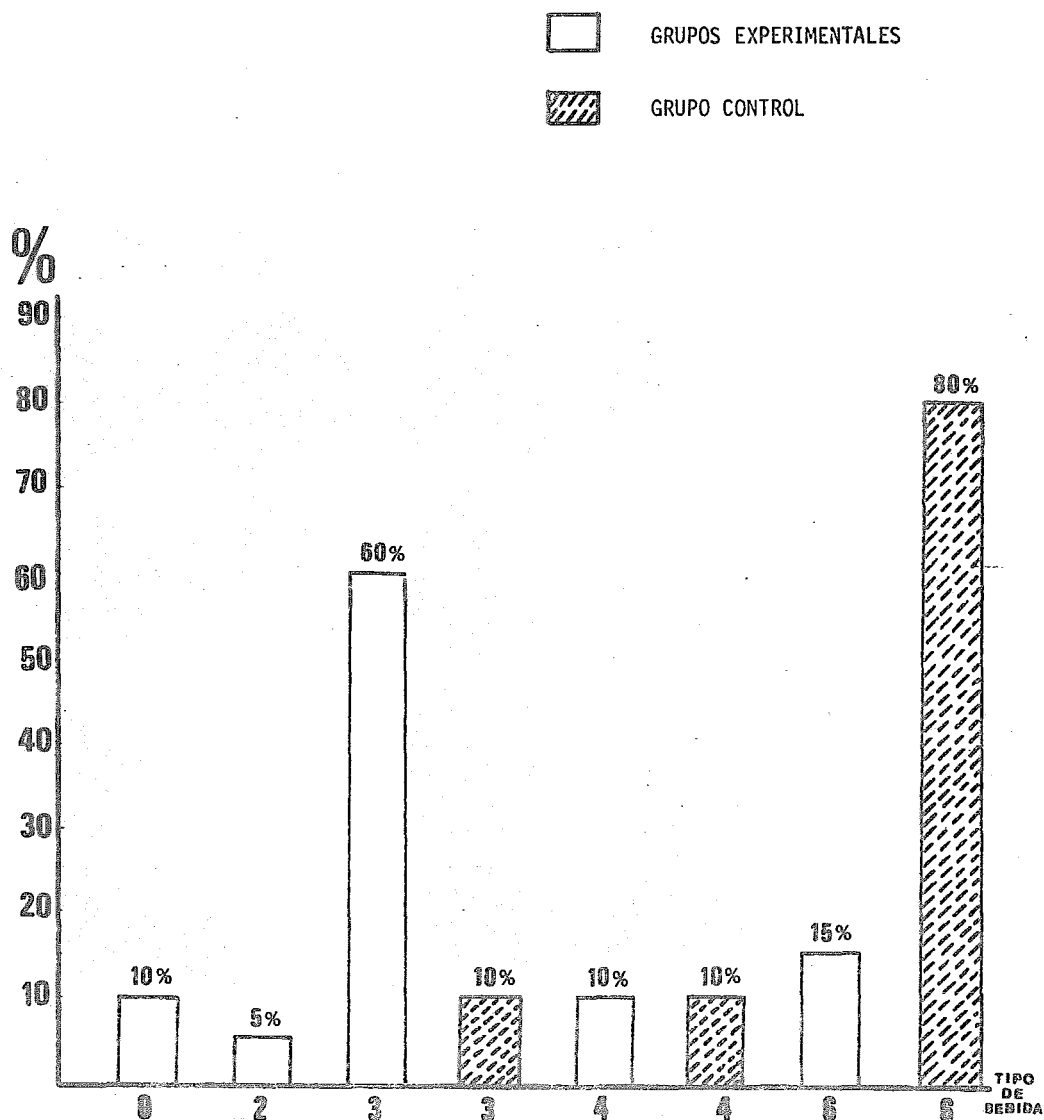
B) Cambio en el Tipo de Bebidas Consumidas.

La subhipótesis 3, plantea un posible cambio del tipo de bebidas de mayor concentración de alcohol (destilados) a una menor concentración de alcohol (cerveza).

Por medio de un análisis de χ^2 (chi cuadrada) del Programa ----- Crosstabs (SPSS), se analizaron las frecuencias de ingesta de los diferentes tipos de bebidas en la primera y última semana del tratamiento (ver Cuadro 4 y Gráficas 30 y 31).

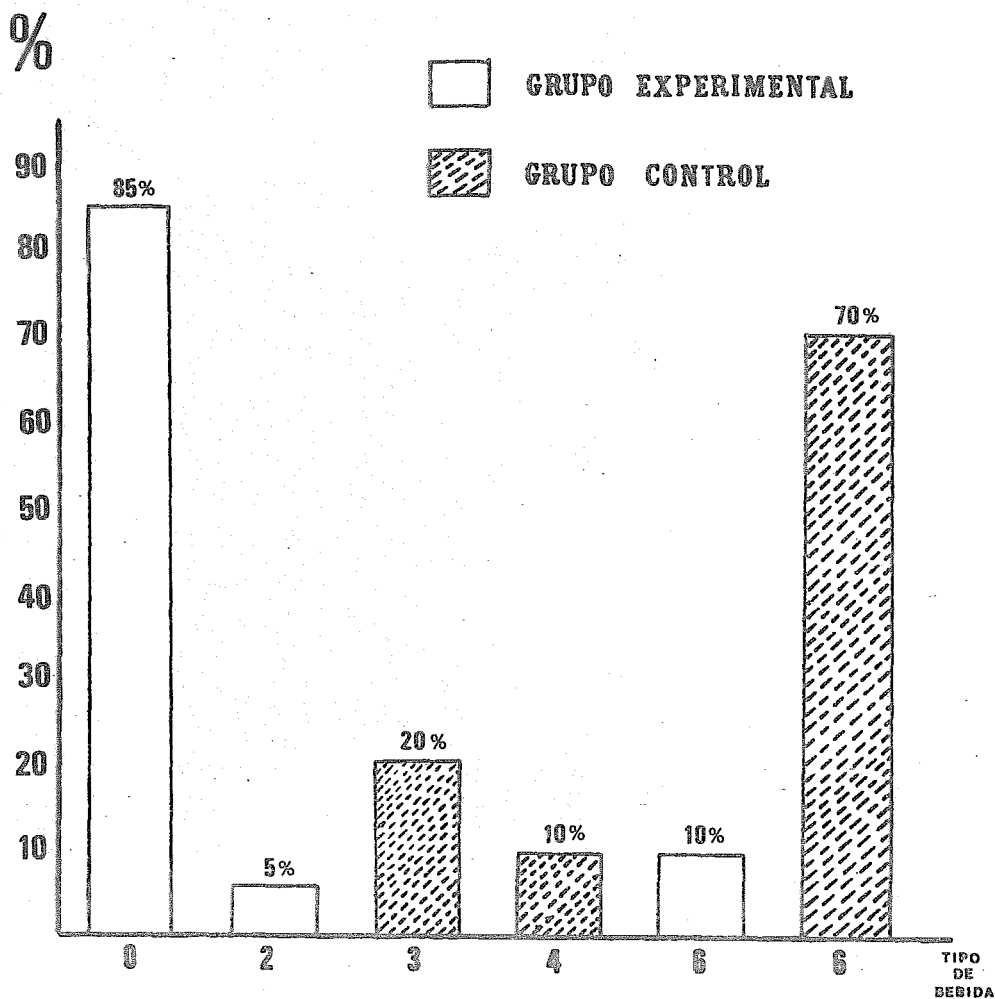
		NO BEBE	CERVEZA	DESTILADOS	PULQUE / CERVEZA	CERVEZA / DESTILADOS	N
GRUPOS	1	PRE POST 1 9	PRE POST 1 0	PRE POST 6 0	PRE POST 1 0	PRE POST 1 0	PRE POST 10 10
	2	PRE POST 1 8	PRE POST 0 1	PRE POST 6 0	PRE POST 1 0	PRE POST 2 0	PRE POST 10 10
3	PRE POST 0 0	PRE POST 0 0	PRE POST 1 2	PRE POST 1 2	PRE POST 8 2	PRE POST 10 1	PRE POST 10 10

CUADRO 4.- Muestra las frecuencias de ingestión de cada tipo de bebida, reportadas por los sujetos. En cuanto a la ingestión durante la primera semana, se puede apreciar la tendencia en los grupos experimentales hacia el consumo de destilados, mientras que el grupo control tenía cierta preferencia por los destilados y cerveza, aún cuando las diferencias entre los grupos no son significativas $\chi^2=14.6$, $gl=2$, $\alpha=.06$. En -- contraste, en la ingesta de bebidas durante la última semana (Cuadro 4) se observa una tendencia definitiva en los grupos experimentales hacia la no ingestión, mientras que en el grupo control ésta se mantuvo igual que al inicio, donde un valor de $\chi^2=24.58$; $gl=2$ y $\alpha=.001$, indican diferencias significativas entre los grupos experimentales y el grupo control, concretamente.



GRAFICA 30.-MUESTRA EL TIPO DE BEBIDA CONSUMIDA EN LA PRIMERA SEMANA.

(0.-No bebe; 1.-Pulque; 2.-Cerveza; 3.-Destilados; 4.-Pulque-Cerveza; 5.-Pulque-Destilados; 6.-Cerveza-Destilados).



GRAFICA 31.- MUESTRA EL TIPO DE BEBIDA CONSUMIDA EN LA ULTIMA SEMANA (Octava)

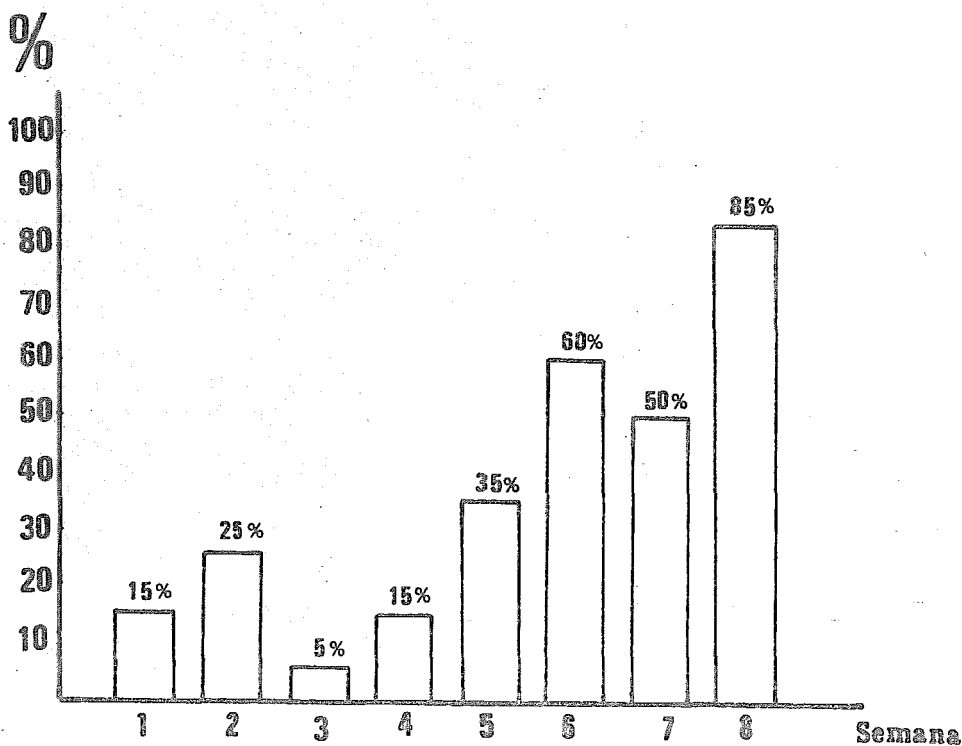
(0.-No beben; 1.-Pulque; 2.-Cerveza; 3.-Destilados; 4.-Pulque-Cerveza; 5.-Pulque-Destilados; 6.-Cerveza-Destilados).

C) Influencia del Terapeuta en el Programa.

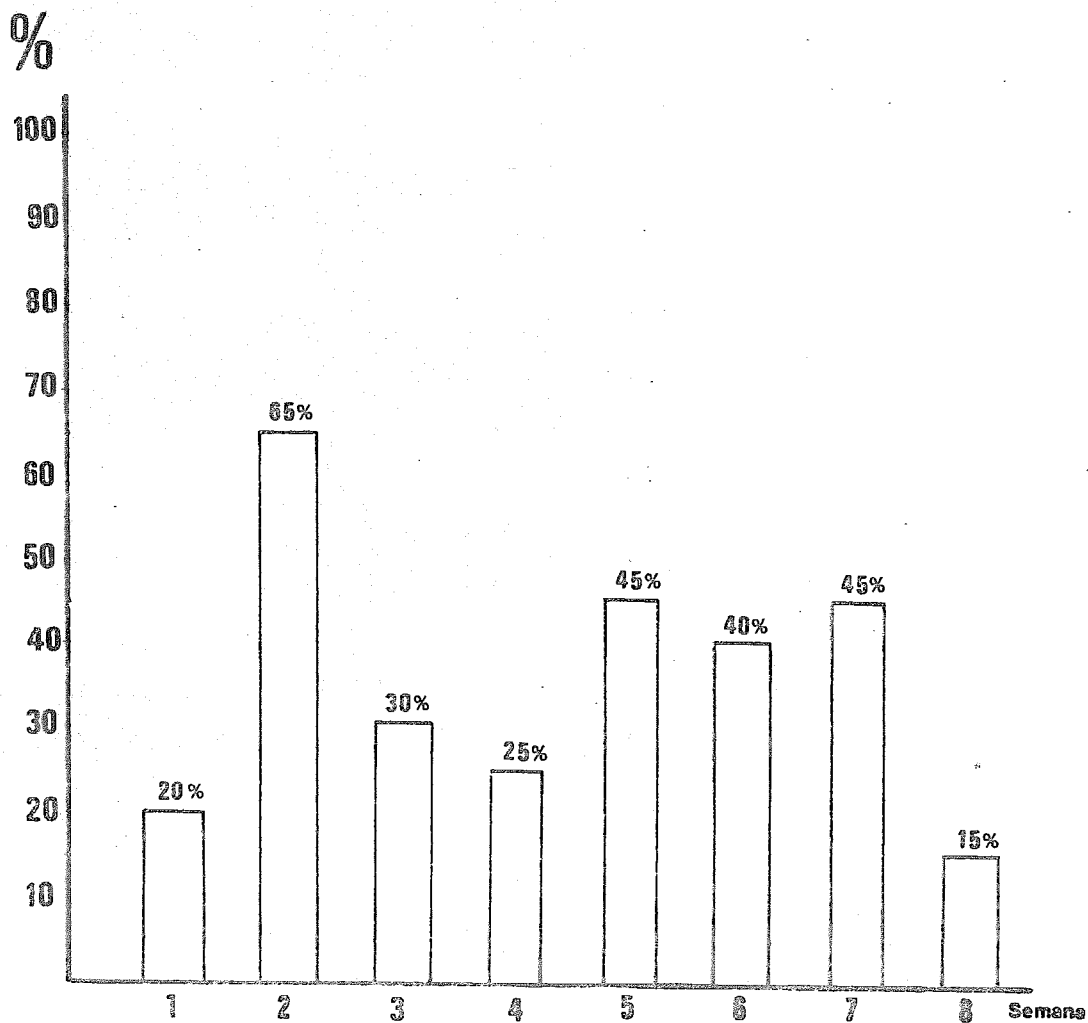
Tradicionalmente se ha señalado la importancia de las características personales del terapeuta como variable de peso en la efectividad de un programa.

Para analizar los posibles efectos de esta variable, se realizó una comparación de los cambios en los niveles de concentración de alcohol en la sangre (BAC) en los dos grupos experimentales, cada uno operado con un investigador diferente. Los resultados indican que NO existen diferencias significativas entre estos -- grupos ($t=.57$, $gl=18$, $\alpha = .05$) que apoyan la suhipótesis 2, de que las características personales del terapeuta no fueron variables que hayan afectado los resultados del programa (ver Cuadro 2).

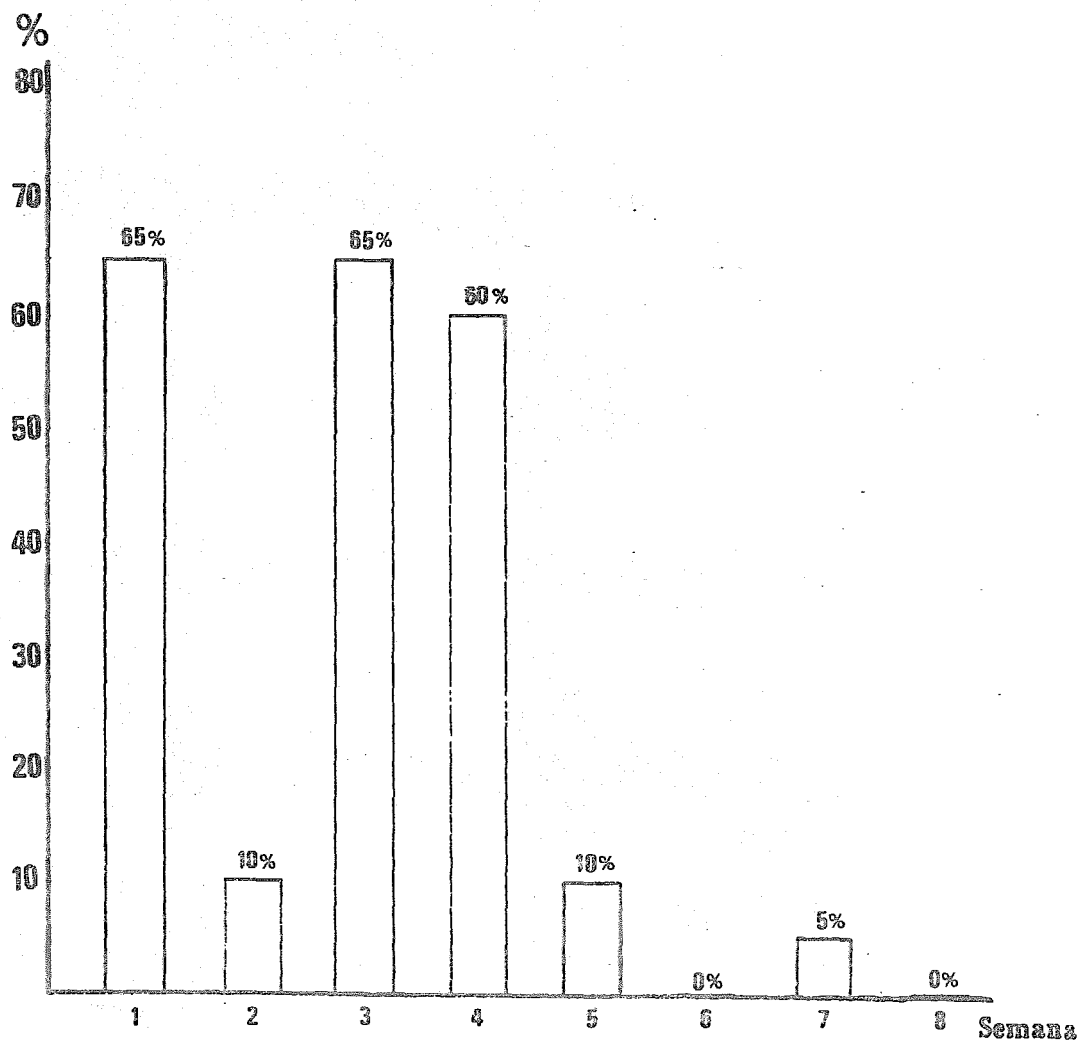
Por último, a continuación se grafica la cantidad ingerida por los grupos experimentales a través de las 8 semanas del tratamiento.



GRAFICA 32.- MUESTRA LOS PORCENTAJES DE INGESTION DE BEBIDAS DE 0-40 mg.



GRAFICA 33.-MUESTRA LOS PORCENTAJES DE INGESTION DE BEBIDAS DE 50-140 mg.



GRAFICA 34.- MUESTRA LOS PORCENTAJES DE INGESTION DE BEBIDAS DE 200 ó + mg.

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

Los resultados obtenidos a través de la investigación responden en cierto modo a las expectativas que tuvieron desde el principio, las cuales se encuentran reflejadas dentro del marco teórico. En éste se ven plasmados diferentes enfoques, en donde la Medicina, la Psicología, como la Psiquiatría, intentan dar una explicación racional, así como, encontrar salidas viables a lo que hoy vislumbramos como "Problemas relacionados con el consumo de alcohol".

Los diversos efectos del consumo excesivo están relacionados a problemas de conducta, como lo confirman los estudios realizados por la O.M.S.; la S.S.A., el I.M.P. y Fuente de la, 1981 (ver Cap.IV). Para nuestro propósito, ésto nos permitió adoptar una perspectiva que -- considerara, no solamente lo relacionado a los efectos agudos o aquellos que a la larga incapacitarán al individuo que bebe alcohol, sino también las consecuencias sociales que la bebida ocasionará, tanto al individuo, como a su familia, su ambiente y a la comunidad en general, es decir se adopto un enfoque preventivo primario.

El tratamiento conductual orientado a "moderación", como meta -- terapéutica, tiende a ser más flexible que otras aproximaciones tradicionales, (ver capítulo VIII) para aquéllos que no deseen llevar una vida de abstinencia. El "entrenamiento conductual de autocontrol" nos permite una aplicabilidad directa en los esfuerzos dirigidos a la prevencción del problema de ingesta, desarrollado por Miller y sus colegas (ver pág.69).

Bien, si la prevención se considera una acción enfocada hacia la disminución, no sólo de la incidencia, sino también de la gravedad, duración y consecuencias de las incapacidades que provoca la enfermedad, queda abierto un horizonte poco explorado en nuestro país.

Las consideraciones generales en torno a los resultados de la investigación están determinados por el análisis hecho de la muestra estudiada específicamente. Se menciona a continuación algunos datos que constituyen una comparación con la población global, intentando con ésto dejar entrever que pese a que el tipo de muestreo no probabilístico, los datos obtenidos pueden servir para predecir los resultados en la aplicación del programa conductual de autocontrol.

Se encontró que no existe gran variabilidad en cuanto a los resultados obtenidos de los datos demográficos (ver gráficas de la 1 a la 5 y de la 14 a la 18). En relación a la encuesta del I.S.S.T.E., nos dicen que generalmente beben para obtener satisfactores sociales (amigos, ponerse en ambiente), sentirse contentos (contrarrestar su - depresión).

Empiezan a beber y se emborrachan por primera vez en la edad de la adolescencia de 15 a 19 años (ver gráficas 8 y 10; y 21 y 23), lo que nos confirma el comienzo del problema (ver capítulo IV). Reportan ser "bebedores problema normales", debido quizá a que existe una cultura en torno a la ingestión de bebidas alcohólicas (ver modelo -- sociológico) y ésto permita que se consideren como tal. Beben destilados, cerveza y vino de mesa, lo que está a su alcance, de acuerdo a sus posibilidades, en donde predominan los destilados (ver gráficas 9 y 22). Dicen no tener problemas a causa de la bebida; otros lamentan el uso de bebidas por las molestias posteriores; reconocen aparentemente el daño a la salud, así como, accidentes de tránsito, que pese a ello en ocasiones beben excesivamente.

En cambio el M.A.S.T. ,reportan los problemas que les ha causado la bebida como: accidentes de tránsito, haber sido detenidos, no recordar lo que sucedió el día anterior, se sienten culpables por su forma de beber, han tenido peleas; siendo éstos indicadores de que empiezan a tener problemas a causa del beber excesivo, sin embargo, se consideran bebedores normales, diciéndonos ésto el poco conocimiento

que se tiene acerca del problema. Posiblemente lo anterior, puede deberse a que no existe conciencia al ejecutar la conducta (beber sin responsabilidad) y a que no consideran al consumo de alcohol excesivo como una enfermedad, sino, como una actividad social común ante la sociedad a la cual pertenecen.

La hipótesis y las sub-hipótesis planteadas, fueron comprobadas con niveles de significancia altas $P=.001$ (ver Cap. de análisis de resultados), dejando entrever que el Programa Conductual de Autocontrol, brinda una alternativa más para la prevención del alcoholismo, siempre y cuando las personas se encuentren en las primeras etapas de su desarrollo y éstas se encuentren disponibles a aceptar ser los responsables del cambio de su conducta, y así mismo ser considerado como "bebedor problema". (Ver Gráficas 32,33 y 34).

Se afirma que las características personales del terapeuta, no fueron una variable que influyera en la forma determinante en los resultados del programa ya que al comparar los grupos experimentales uno y dos, no se encontraron diferencias significativas. Esto es congruente con los resultados obtenidos por Armor y sus colegas, 1978; ya que éste y los resultados que de él se obtubieron debieron su éxito en buena medida al interés y empeño que el individuo ponga en su consecución como una forma de autoayuda, en donde el terapeuta fungirá sólo como agente guía u orientador durante el tiempo de ejecución del tratamiento. Obviamente, este tratamiento es más práctico en cuanto a procedimiento, en comparación a las consultas y tratamientos tradicionales; además de que evita como sucede en ellos, que el paciente haya desarrollado una dependencia del terapeuta. Estos resultados son congruentes con los reportados por Miller donde al comparar la biblioterapia con la terapia guiada por un terapeuta no halló diferencias significativas, apoyando estos hallazgos.

Las ventajas que éste representa para el sujeto, es en cuanto a tiempo, economía, así como también la posibilidad de que después --

del entrenamiento dado por el terapeuta, el sujeto sea capaz de extrapolar a otros comportamientos los elementos que ha aprendido para convertirse en su "científico personal", Mahoney, 1973.

Con respecto al tipo de bebida ingerida, se pudo observar que finalmente los sujetos experimentales se inclinaron a beber destilados en cantidades moderadas (debido quizá a la costumbre) y hacia la no gestión principalmente (ver cuadro 4 y gráficas 28,29,30 y 31). Posiblemente esta reducción significativa se debió al énfasis hecho acerca de que los destilados contenían mayor contenido de alcohol absoluto y que por consecuencia ejercían mayor daño sobre el organismo.

Esta opción conductual llama la atención, dado que los sujetos tuvieron siempre la opción de consumir otras bebidas de baja graduación alcohólica como: cerveza, vino de mesa, etc., lo cual señalaría la importancia que tiene en el consumo los hábitos de selección de bebida, la influencia de los medios masivos, etc.

Queremos hacer hincapié que el programa conductual de auto-control, aplicado a la muestra estudiada, se obtuvieron resultados óptimos debido a la rigidez metodológica, la cual nos permitió el logro de este estudio. Además, es necesario, reconocer que este programa funcionó en esta pequeña población, lo que nos sirve de indicativo para poder ser aplicado o tomado en cuenta para investigaciones subsecuentes, en donde la finalidad del estudio sea su aplicación masiva.

Esta afirmación es tratable con varias formas de educación, y por lo tanto, puede proporcionarse a personas que se encuentren en las primeras etapas de desarrollo del problema sin necesidad de ser etiquetados. Hay que señalar que la estrategia empleada de autocontrol puede además extenderse a otros programas preventivos como tabaquismo, farmaco-dependencia, obesidad, etc.

Limitaciones Específicas del Estudio.

Dentro de este punto cabe explicar que las limitaciones fueron pocas, pero necesarias de mencionar para el mejor entendimiento -- general del estudio.

a) El acceso de los investigadores a la población, por parte de las autoridades de la Institución, fue coartada cuando se pidió que la investigación se llevara a cabo con un mayor número de personas, lo cual hubiese permitido dar a conocer los resultados obtenidos de una muestra mayor, sujeta a estudio y por lo tanto ampliar la validez de los resultados.

b) Así mismo, el no poder llevar a cabo un seguimiento, hace que la firmeza del procedimiento sea limitado en términos de la persistencia del cambio. Un cambio significativo en la conducta puede ser rápidamente demostrado a la terminación del tratamiento, pero puede significar poco en un sentido práctico, si la nueva conducta no puede ser mantenida dentro de otras situaciones. (Mc.Namara, 1972).

Sugerimos que en estudios posteriores, se tome en cuenta esta dimensión de la evaluación de un proyecto.

ANEXO 1.

I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
SUBDIRECCION DE SERVICIOS TECNICO-NORMATIVA
COORDINACION NACIONAL DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
OFICINA DE PREVENCION DE CONDUCTAS ADICTIVAS

CUESTIONARIO PARA DETECCION DE BEBEDORES EXCESIVOS Y ALCOHOLICOS

MARQUE CON UNA CRUZ LA CASILLA O CASILLAS QUE CORRESPONDA O SE ACERQUE MAS A SUS RESPUESTAS

- | | | | | |
|--|---|-----|-------------------------|-----|
| 1. QUE EDAD TIENE? | 14 | (1) | 35-39 | (6) |
| | 15-19 | (2) | 40-49 | (7) |
| | 20-24 | (3) | 50-59 | (8) |
| | 25-29 | (4) | -60 | (9) |
| | 30-34 | (5) | | |
| 2. SEXO | Masculino | (1) | Femenino | (2) |
| 3. ESTADO CIVIL | Soltero | (1) | U. Libre | (4) |
| | Casado | (2) | Viudo | (5) |
| | Divorciado | (3) | | |
| 4. OCUPACION | Profesionista | (1) | Estudiante | (6) |
| | Empleado | (2) | Hogar | (7) |
| | Técnico | (3) | No trabaja | (8) |
| | Pensionado | (4) | Estudia y | |
| | Servicios | (5) | Trabaja | (9) |
| 5. ESCOLARIDAD | Primaria | (1) | Profesional | (4) |
| | Secundaria | (2) | Técnico | (5) |
| | Preparatoria | (3) | Ninguna | (6) |
| 6. GENERALMENTE LA GENTE BEBE. USTED PARA QUE LO HACE? | | | | |
| | Para sentirse contento | | | (1) |
| | Para ponerse en ambiente en fiestas | | | (2) |
| | Para olvidar sus preocupaciones y sus penas | | | (3) |
| | Para tranquilizarse | | | (4) |
| | Para acompañar la comida | | | (5) |
| | Para agarrar valor | | | (6) |
| | Para acompañar a sus amigos | | | (7) |
| | No bebe | | | (8) |
| 7. ACOSTUMBRA TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS | Sí | (1) | No | (2) |
| 8. A QUE EDAD COMENZO A BEBER? | -10 | (1) | 20-24 | (4) |
| | 10--14 | (2) | -25 | (5) |
| | 15-19 | (3) | No reportó | (6) |
| 9. QUE BEBE GENERALMENTE | Pulque | (1) | Vino de uva | (4) |
| | Cerveza | (2) | (Tinto, Rosado, Blanco) | |
| | Destilados | (3) | Otros | (5) |
| | (ron, tequila, brandy, vodka, whisky) | | | |

10. A QUE EDAD SE EMBORRACHO POR PRIMERA VEZ

-10	(1)	25-29	(5)
10-14	(2)	30-34	(6)
15-18	(3)	-35	(7)
20-24	(4)	No reporta	(8)

11. QUE TIPO DE PROBLEMAS LE HA CAUSADO LA BEBIDA?

Daños a la salud	(1)
Incomodidad o insatisfacción	(2)
Llamadas de atención o sanciones en el trabajo y/o escuela	(3)
Accidentes en el trabajo y/o escuela	(4)
Ausentismo en el trabajo y/o escuela	(5)
Pérdida del empleo y expulsión escolar	(6)
Pleitos callejeros	(7)
Accidentes de tránsito	(8)
Problemas con la policía	(9)
Pérdida de amistades	(10)
Discusiones con la familia	(11)
Abandono físico de la familia	(12)
Abandono económico de la familia	(13)
Maltrato a los hijos y/o esposa	(14)
Otros	(15)
Ninguna	(16)

12. UNA VEZ QUE COMIENZA A BEBER PUEDE DEJAR DE HACERLO A VOLUNTAD?

Sí	(1)	No	(2)
----	-----	----	-----

13. EN EL ULTIMO AÑO CUANTAS VECES SE EMBORRACHO?

Ninguna	(1)	7 a 12 veces	(3)
1 a 6 veces	(2)	Más de 12 veces	(4)

14. ALGUNA VEZ HA BEBIDO SIN PARAR POR MAS DE UN DIA

Sí	(1)	No	(2)
----	-----	----	-----

15. CUANTAS VECES SE HA EMBORRACHADO EN SU VIDA.

1-49	(1)	150-199	(4)
50-99	(2)	200-249	(5)
100-149	(3)	250 y más	(6)

LUGAR

ENTREVISTO

ANEXO 2.

"M.A.S.T."

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ OCUPACION: _____

	SI	NO
Disfruta Usted con un trago?	()	()
1. ¿Se considera un bebedor normal? (Por normal entendemos que bebe menos o igual que otra gente).	()	()
2. ¿Alguna vez se ha despertado después de beber la noche anterior y se encontró con que no recuerda parte de lo que paso?	()	()
3. ¿Su esposa (o), padre o algún otro familiar están preocupados y se quejan de su forma de beber?	()	()
4. ¿Puede dejar de beber sin dificultad después de uno o dos tragos?	()	()
5. ¿Se ha sentido culpable por su forma de beber?	()	()
6. ¿Sus amigos y parientes creen que usted es un bebedor normal?	()	()
7. ¿Es capaz de dejar de beber cuando quiera hacerlo?	()	()
8. ¿Ha asistido a alguna reunión de alcohólicos anónimos?	()	()
9. ¿Ha tenido usted peleas cuando bebe?	()	()
10. ¿Ha creado su forma de beber problemas entre usted y su esposa, marido, padres y otros familiares cercanos?	()	()
11. ¿Alguien de su familia ha ido a solicitar ayuda por su forma de beber?	()	()
12. ¿Ha perdido usted amigos por su forma de beber?	()	()
13. ¿Ha tenido problemas en la escuela por beber?	()	()
14. ¿Alguna vez ha perdido un trabajo por beber?	()	()
15. ¿Ha descuidado sus obligaciones de familia o de trabajo por 2 o más días seguidos porque estaba bebiendo?	()	()
16. ¿Bebe antes del medio día con frecuencia?	()	()
17. ¿Le han dicho que tiene problemas del hígado? (cirrosis)	()	()
18. ¿Después de beber mucho, ha tenido temblores muy intensos, ha oído voces, o visto cosas que no eran reales?	()	()
19. ¿Ha buscado ayuda con alguien por su forma de beber?	()	()
20. ¿Ha estado en un hospital por beber?	()	()
21. ¿Alguna vez ha estado como paciente en un hospital psiquiátrico o en un hospital donde beber fue parte del problema que resulto en hospitalización?	()	()
22. ¿Alguna vez ha ido a una clínica de salud mental, médico o consejero con un problema emocional donde beber era parte del problema?	()	()
23. ¿Alguna vez ha sido detenido por manejar tomado, o bajo la influencia de bebidas alcohólicas?. SI CUANTAS VECES _____	()	()
24. ¿Alguna vez ha sido arrestado o detenido aunque sea por una hora por algún comportamiento al estar bebido? SI CUANTAS VECES _____	()	()

A N E X O 3

CRITERIOS ESTABLECIDOS PARA LA META DE MODERACION

Miller y Caddy (1977), han sugerido que una meta de tratamiento de moderación está contraindicada si el paciente muestra:

- Evidencia de una enfermedad progresiva del hígado, otro problema médico o psicológico de suficiente magnitud en el cual la ingesta moderada perjudicaría la salud y la vida del individuo.
- Una promesa personal de abstinencia o demandas externas para evitar el consumo de alcohol.
- Intoxicación patológica.
- Historia de una adicción fisiológica con síntomas severos por abstinencia.
- Uso de medicamentos considerados peligrosos cuando se combinan con el alcohol.
- Abstinencia actual exitosa seguida de problemas severos de ingesta.
- Una falla anterior a un tratamiento competente orientado a la moderación.

TABLE 1-2
Approximate Blood Alcohol Concentration (mg%) Reached
After One Hour of Drinking, According to Body Weight
and Number of Drinks Consumed

Number of Drinks	FOR MEN							
	Body Weight							
	100	120	140	160	180	200	220	240
1	0.21	0.15	0.10	0.07	0.04	0.02	0.01	0.00
2	0.38	0.45	0.36	0.30	0.24	0.20	0.18	0.14
3	0.55	0.77	0.62	0.53	0.44	0.38	0.35	0.29
4	0.72	1.08	0.88	0.76	0.64	0.56	0.53	0.44
5	0.89	1.39	1.14	0.99	0.84	0.74	0.69	0.59
6	1.06	1.70	1.40	1.22	1.04	0.92	0.88	0.74
7	1.23	2.01	1.66	1.45	1.24	1.10	1.03	0.88
8	1.40	2.32	1.92	1.68	1.44	1.25	1.20	1.04
9	1.57	2.63	2.18	1.91	1.64	1.45	1.37	1.19
10	1.74	2.94	2.44	2.14	1.84	1.64	1.54	1.34
11	1.91	3.25	2.70	2.37	2.04	1.82	1.71	1.49
12	2.08	3.56	2.96	2.60	2.24	2.00	1.88	1.64

Number of Drinks	FOR WOMEN							
	Body Weight							
	100	120	140	160	180	200	220	240
1	0.29	0.21	0.16	0.12	0.09	0.06	0.04	0.02
2	0.74	0.58	0.46	0.40	0.34	0.28	0.24	0.20
3	1.19	0.89	0.69	0.68	0.59	0.50	0.44	0.38
4	1.64	1.32	1.12	0.98	0.84	0.72	0.64	0.56
5	2.09	1.69	1.44	1.24	1.09	0.94	0.84	0.74
6	2.53	2.06	1.76	1.52	1.34	1.16	1.04	0.92
7	2.99	2.43	2.08	1.80	1.59	1.38	1.24	1.10
8	3.44	2.80	2.40	2.08	1.84	1.60	1.44	1.28
9	3.89	3.17	2.72	2.36	2.09	1.82	1.64	1.46
10	4.34	3.54	3.04	2.64	2.34	2.04	1.84	1.64
11	4.79	3.91	3.36	2.92	2.59	2.26	2.04	1.82
12	5.24	4.28	3.68	3.20	2.84	2.48	2.24	2.00

NOTE: Gray area indicates BAC level over which a person is legally intoxicated in some states (80 mg%). Based on calculations as described in Matthews, D. B. & Miller, W. R. Estimating blood alcohol concentration: Two computer programs and their applications in therapy and research. *Addictive Behaviors*, 1973, 4: 55-60.

TABLE 1-3
Approximate Blood Alcohol Concentration (mg%) Reached
After Two Hours of Drinking, According to Body Weight
and Number of Drinks Consumed

Number of Drinks	FOR MEN							
	Body Weight							
	100	120	140	160	180	200	220	240
1	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2	0.42	0.30	0.20	0.14	0.08	0.04	0.02	0.00
3	0.79	0.61	0.46	0.37	0.28	0.22	0.19	0.13
4	1.16	0.92	0.72	0.60	0.48	0.40	0.36	0.28
5	1.53	1.29	0.98	0.83	0.68	0.58	0.53	0.43
6	1.90	1.54	1.14	1.06	0.84	0.76	0.70	0.58
7	2.27	1.85	1.50	1.29	1.08	0.94	0.87	0.73
8	2.64	2.16	1.76	1.52	1.28	1.12	1.04	0.88
9	3.01	2.47	2.02	1.75	1.48	1.30	1.21	1.03
10	3.38	2.78	2.28	1.98	1.68	1.48	1.38	1.18
11	3.75	3.09	2.54	2.21	1.88	1.66	1.55	1.33
12	4.12	3.40	2.80	2.44	2.08	1.84	1.72	1.48

Number of Drinks	FOR WOMEN							
	Body Weight							
	100	120	140	160	180	200	220	240
1	0.13	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2	0.58	0.42	0.32	0.24	0.18	0.12	0.08	0.04
3	1.03	0.79	0.64	0.52	0.43	0.34	0.28	0.22
4	1.48	1.18	0.98	0.80	0.68	0.56	0.48	0.40
5	1.93	1.53	1.28	1.08	0.93	0.78	0.68	0.58
6	2.38	1.90	1.60	1.36	1.18	1.00	0.88	0.76
7	2.83	2.27	1.92	1.64	1.43	1.22	1.08	0.94
8	3.28	2.64	2.24	1.92	1.68	1.44	1.28	1.12
9	3.73	3.01	2.56	2.20	1.93	1.66	1.48	1.30
10	4.18	3.38	2.88	2.48	2.18	1.88	1.68	1.48
11	4.63	3.75	3.20	2.76	2.43	2.10	1.88	1.66
12	5.08	4.12	3.52	3.04	2.68	2.32	2.08	1.84

NOTE: Gray area indicates BAC level over which a person is legally intoxicated in some states (80 mg%). Based on calculation as described in Matthews, D. B. & Miller, W. R. Estimating blood alcohol concentration: Two computer programs and their applications in therapy and research. *Addictive Behaviors*, 1973, 4: 55-60.

TABLE 1-4
Approximate Blood Alcohol Concentration (mg%) Reached
After Three Hours of Drinking, According to Body Weight
and Number of Drinks Consumed

Number of Drinks	FOR MEN								
	Body Weight								
	100	120	140	160	180	200	220	240	
2	028	014	004	000	000	000	000	000	
3	043	043	036	021	012	006	003	000	
4	068	076	058	044	032	024	020	012	
5	137	107	082	067	052	042	037	027	
6	174	138	108	090	072	060	054	042	
7	211	169	134	115	092	078	071	057	
8	248	200	160	136	112	096	088	072	
9	285	231	186	159	133	114	105	087	
10	322	262	212	182	152	132	122	102	
11	359	293	238	205	172	150	139	117	
12	396	324	264	228	192	168	158	132	
13	433	355	290	251	212	188	179	147	
14	470	386	316	274	232	204	190	162	

Number of Drinks	FOR WOMEN								
	Body Weight								
	100	120	140	160	180	200	220	240	
2	042	028	016	008	002	000	000	000	
3	087	063	049	038	027	018	012	008	
4	132	100	080	064	052	040	032	024	
5	177	137	112	092	077	062	052	042	
6	222	174	144	120	102	084	072	060	
7	267	211	176	148	127	106	092	078	
8	312	248	203	178	153	128	112	096	
9	357	285	240	204	177	150	132	114	
10	402	322	272	232	202	172	150	132	
11	447	359	304	260	227	194	172	150	
12	492	396	336	288	252	216	192	168	
13	537	433	368	316	277	238	212	186	
14	582	470	400	344	302	260	232	204	

NOTE: Gray area indicates BAC level over which a person is legally intoxicated in some states (80 mg%). Based on calculations as described in Matthews, D. B. & Miller, W. R. Estimating blood alcohol concentration. Two computer programs and their results.

TABLE 1-5
Approximate Blood Alcohol Concentration (mg%) Reached
After Four Hours of Drinking, According to Body Weight
and Number of Drinks Consumed

Number of Drinks	FOR MEN								
	Body Weight								
	100	120	140	160	180	200	220	240	
2	010	000	000	000	000	000	000	000	
3	047	029	014	005	000	000	000	000	
4	084	060	040	025	015	008	004	000	
5	121	091	068	051	036	028	021	011	
6	158	122	092	074	058	044	038	026	
7	195	153	118	097	078	062	055	041	
8	232	184	144	120	098	080	072	056	
9	269	215	170	143	118	098	089	071	
10	306	248	198	166	138	116	108	088	
11	343	277	222	189	156	134	123	101	
12	380	308	248	212	178	152	140	116	
13	417	339	274	235	196	170	157	131	
14	454	370	300	258	216	188	174	146	
15	491	401	326	281	238	206	191	161	
16	528	432	352	304	258	224	211	176	

Number of Drinks	FOR WOMEN								
	Body Weight								
	100	120	140	160	180	200	220	240	
2	028	010	000	000	000	000	000	000	
3	071	047	032	020	011	002	000	000	
4	118	084	064	048	038	024	016	008	
5	161	121	096	076	061	046	038	026	
6	206	158	128	104	086	068	056	044	
7	251	195	160	132	111	090	078	062	
8	296	232	192	160	138	112	098	080	
9	341	269	224	188	161	134	118	098	
10	388	308	258	216	186	158	138	118	
11	431	343	288	244	211	178	156	134	
12	478	380	320	272	236	200	176	152	
13	521	417	352	300	261	222	196	170	
14	566	454	384	328	286	244	216	188	
15	611	491	416	356	316	268	236	206	
16	656	528	448	384	336	288	256	224	

NOTE: Gray area indicates BAC level over which a person is legally intoxicated in some states (80 mg%). Based on calculations as described in Matthews, D. B. & Miller, W. R. Estimating blood alcohol concentration. Two computer programs and their results.

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

- Alden, L. Evaluation of a Preventive Self-management Programme for -- Problem Drinkers. Canadian Journal of Behavioural --- Science, 1978, 19, 258-263.
- Armor, D.J., Polich, J.M., I.Stambul,H.B.- Alcoholism and Treatment.- New York: Wiely,1978.
- Blake, B.G. The Application of Behavior Therapy to the Treatment of - Alcoholism. Behavior Research and Therapy, 1963,3, - 75-85.
- Brown,R.A. Conventional Education and Controlled Drinking Education -- Courses with Convicted Drinken Drivers. Behavior -- Therapy, 1970, 11, 632-642.
- Caddy, G.R., Addington, H.J., Jr.I. Perkins, D. Individualized beha---vior therapy for alcoholies: A third year independent double-blind followup. Behavior Research and Therapy, 1978, 16, 345-362.
- Caddy, G.R. The Imprtance of Individual Responsibility in the Manage--ment of Alcoholism. Paper presented at the Annual ---- Meeting of the American Psychological Association, -- Hawai, September, 1972.
- Caddy, G.R., and Lovibond, S.H. Self-regulation and discriminated aver--sive conditioning in the modification of alcoholic's - drinking behavior. Behavior Therapy, 7, 223-230,1976.
- Cahalan, D. Cisin, I.H. and Crossley, H.M. American Drinking Practices: A National Study of Drinking Behavior and Attitudes. Monograph No.6. New Brunswick,J.J.:Rutgers Center of Alcohol Studies, 1969.

Cuevas, C., Carrascal, J., Flores M., y Rivera, S. Manual de Prácticas de Estadística. Programa de Publicaciones de Material Didáctico, Facultad de Psicología, UNAM, 1984.

Emrick, C.D., A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus to treatment. J. Stud alcohol. 36: 88-108, 1975,

Goldfried, M.R. and Merbaum, M. (Eds). Behavior Change through Self-Control. New York: Holt, Rinehart, and Winston, Inc.. 1973.

Guerra, J. (Editor) El Alcoholismo en México.- Archivo del Fondo No. 73. Fondo de Cultura Económica, México, 1a. ed, 1977.

Harding, W.M., Zinberg, N.E., Stelmack, S.M.; I Berry, M. Formerly ---- addicted-now-controlled opiate users. International Journal of the Addictions, 1978, 15 47-60,

Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. Inventario Multifásico de Personalidad. MMPI-Español. El Manual Moderno, S.A., México, - 11, D.F.

Jellinek Em: The disease concept of alcoholism. Hill-House Press. - New Haven, Connecticut, 1960.

Kanfer, F.H., Coy, L.E., Griener, J.M. and Karoly, P. Contracts, ---- Demand Characteristics, and Self-Control. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1974, 30, 605-19.

Manoney, M. and Thorensen, C. Self-Control: Power to the Person. ---- Monterrey, Cal., Brooks/Cole, 1974

- Marlatt, G.A. The Drinking Profile: A questionnaire for the behavioral assessment of alcoholism, In E.J. Mash and L.G. Terdal (eds), Behavior Therapy Assessment: Diagnosis, Design and Evaluation. New York: Springer, 1976.
- Marlatt, & T. Loberg (Eds). Alcoholism: New Directions in Behavioral -- Research and Treatment. New York: Plenum, 1978.
- Matthews, D.B. & Miller, W.R. Estimating blood alcohol concentration: - Two Computer programs and their applications in therapy and research. Addict. Behavior. 4:55-60, 1979.
- Miller, P.M. Behavior Treatment of Alcoholism. University of Mississippi Medical Center Pergamon Press, 1976.
- Miller, P.M. and Mastria M.A. Alternatives to Alcohol Abuse. Champaign Illinois: Research Press, 1977.
- Miller, W.R. When is a Book a Treatment? Bibliotherapy fo Problem --- Drinkers. In P.E. Nathan & W.M. Hay (Eds). Clinical Case Studies in the Behavioral Treatment of Alcoholism New York, Plenum, in Press.
- Miller, W.R. Behavioral Treatment of problem drinking: A comparative outcome study of three controlled drinking therapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1979, 46, 74-86
- Miller, W.R. Problem drinking and substance abuse: Behavioral perspectives. In N.A. Krasnegor (Ed) Behavioral approaches to analysis and treatment of substance abuse. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1979.

- Miller, W.R., Gribbskov, C.J., & Mortell, R.L. Effectiveness of a Self-control. Manual for Problem Drinkers with and without Therapist Contact. International Journal of Addictions, 16, 1247-1254, 1981.
- Miller, W.R., & Joyce, M.A. Prediction of abstinence, controlled drinking and heavy drinking outcomes following behavioral self-control training. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1979, 47, 773-775.
- Miller, W.R. and Muñoz, R.F. How to Control your Drinking, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1976
- Miller, W.R., Pechacck, T.F., & Hanburg, S. Group Behavior therapy for problem drinkers, International Journal of the Addictions, 16 (5) 829-839, 1981.
- Miller, W.R., & Taylor, C.A. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers, Addictive Behaviors, 1980, 5, 13-24.
- Miller, W.R., Taylor, C.A., & West, I.C. Focused Versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1980, 48, 590-601.
- Moser, J.: Alcohol-related problems and prevention strategies. Reporte interno del Comité de Expertos en problemas relacionados al consumo de alcohol. O.M.S. Ginebra, 1979.
- Molina, P.V., Sánchez, M.L. y Berruecos L. (editores): El Alcoholismo en México, Tomo II: Aspectos Sociales, Culturales y Económicos. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., - México, 1a. edición, 1983 (en prensa).

- O.M.S.: Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Informe de un comité de expertos de la O.M.S., Serie de Informes Técnicos, 650, Ginebra, 1970.
- Pattison, E.M. A Critique of Alcoholism Treatment with Special Reference to Abstinence. Quarterly Journal of Studies on --- Alcohol, 1966, 27, 49-71
- Perkins, D.B., Cox, W.M. & Levy, L.H. Therapists Recommendations of Abstinence or Controlled Drinking as Treatment Goals. --- Journal of Studies on Alcohol, 1981, 42, 304-311.
- Popham, R.E. & Schmidt, W. Some Factors Affecting the Likelihood of Moderate Drinking by Treated Alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 1976, 37, 868-882.
- Raven, J.C. Test de Matríces Progresivas, Ed. Paidós,
- Sánchez-Craig, M. Random Assignment to Abstinence or Controlled Drinking in a Cognitive-behavioral Program: Effects on -- Drinking Behaviors., 1960, 5, 35-39.
- Shaefer, H.H., Sobell, M.B. and Mills, K.C. Baseline Drinking Behaviors in Alcoholics and Social Drinkers: Kinds of Sips and Sip Magnitude. Behavior Research and Therapy, 1971, 9, 23-37.
- Sobell, M.B., Schaefer, H.H. and Mills, K.C. Differences in Base Line the Behavioral Drinking in Alcoholics and Normal Drinkers Behavior Research & Therapy, 1972, 10, 267-67
- Sobell, M.B. and Sobell, L.C. Alcoholics treated by individualized behavior therapy: One year treatment outcome: Behavior --- Research and Therapy, 1973, 11, 599-618.

- S.S.A. 1981 "Programa Nacional de Prevención de Accidentes". Subsecretaría de Salubridad. Dirección General de Epidemiología Vol. 2. Enero 10. de 1981. No. 13, México.
- Taro, Y. Estadística. Aoyama Gakuin University. Toko, Japón, 3a.Ed. Ed. Harla, S.A. de C.V.
- Thoresen, C.F. and Mahoney, M.J. Behavioral Self-Control. New York: -- Holt Rinehart and Winston, Inc. 1974.
- Velazco, F.R. Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo: Conceptos Básicos. Editorial Trillas, S.A. México, 1980. 1a.Ed.
- Velazco, F.R. Esa enfermedad llamada Alcoholismo. Editorial Trillas, S.A. México, 1981. 1a. edición.
- Vogler, R.E., Compton, J.V., and Weissbach, T.A. Integrated behavior change techniques for alcoholism. J. Consult. Clin. Psychol 43: 233-243. 1975