



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A G R A D E C I M O S A :

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

DIVISION DE EDUCACION CONTINUA

BIBLIOTECA Y CENTRO DE DOCUMENTACION

FUNDACION DE INVESTIGACIONES SOCIALES, A. C.

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL

CONSEJO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

A G R A D E C E M O S A :

Lic. GEORGINA CARDENAS LOPEZ

MIEMBROS DEL JURADO

AGRADECEMOS A NUESTROS PADRES:

ROSA IBARRA DE RRYES

MA. DOLORES ESTRADA DE COS

WULFRANO REYES MARTINEZ

HECTOR COS BONILLA

LES DEDICAMOS A NUESTRAS HIJAS:

ARINDA Y AMEVALLI

**A QUIENES CONTRIBUYERON Y APOYARON PARA LA
REALIZACION DEL PRESENTE TRABAJO,
ESPECIALMENTE A NUESTROS HERMANOS.**

I N D I C E

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1. CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	4
1.1 Antecedentes	5
1.2 Consecuencias de la ingestión desmedida de alcohol en los aspectos de salud, sociales, familiares, económicos, y magnitud del problema	12
1.3 Abordaje a la problemática	31
1.3.1 Niveles de intervención	32
1.3.2 Modelo de tratamiento	34
CAPITULO 2. ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA EVALUACION DE ESTUDIOS DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.	47
2.1 Antecedentes y características de la evaluación conductual	48
2.2 Evaluación de la efectividad de los tratamientos	69
2.3 Criterios de evaluación	81

CAPITULO 3. REVISION Y ANALISIS DE LA INVESTIGACION DOCUMENTAL	85
3.1 Revisión de los estudios de investigación publicados sobre resultados de tratamiento de consumo excesivo de alcohol de 1987 a 1992	86
3.2 Análisis y descripción de los estudios de investigación publicados sobre resultados de tratamiento de consumo excesivo de alcohol de 1987 a 1992	92
 CAPITULO 4. DISCUSION	 99
 GLOSARIO	 105
 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	 112
 APENDICE A	 122

R E S U M E N

En la presente tesis de investigación documental se analizaron los criterios metodológicos para la evaluación de estudios de resultados de tratamiento del consumo excesivo de alcohol, para lo cual se revisaron artículos publicados en revistas científicas especializadas en el tema, del período comprendido de 1987 a 1992.

Los criterios revisados fueron: 1) características del tratamiento 2) fuentes de recopilación de datos de los resultados 3) medición de resultados de consumo de alcohol 4) procedimientos empleados en el seguimiento y 5) forma de reportar resultados del tratamiento.

Entre otros aspectos, los resultados sugieren que existe una deficiencia en cuanto a la información del tratamiento proporcionado y que se mantiene la inconsistencia en la forma de reportar la información, dificultándose así la comparación entre estudios. Sin embargo, también se encontraron algunos avances metodológicos como una mayor precisión en la cuantificación del consumo de alcohol, y la utilización de medidas de no consumo de alcohol en todos los estudios.

A pesar de que estos avances son importantes dentro del campo evaluativo, aún no son suficientes y se requiere de la participación conjunta de investigadores y editores de revistas científicas, para conformar lo que a corto plazo pudiese dar inicio a una tradición evaluativa.

INTRODUCCION

En el campo del consumo excesivo de alcohol, existen antecedentes de revisiones que se han efectuado acerca de la metodología de evaluación de los tratamientos, como las realizadas por Crawford y Chalupsky en 1977; Hill y Blane en 1967; Miller, Pokorny, Valles y Cleveland en 1970; Polich en 1982; Sobell en 1978; Sobell y Sobell en 1981 y 1982; Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens en 1987; Voegtlin y Lemere en 1942, las cuales han contribuido a conocer tanto las debilidades específicas como los logros en las superación de las mismas; encontrándose que a pesar de que en años recientes el panorama ha sido cada vez más alentador, prevalece la necesidad de contar con un método standardizado de reportar resultados que permita evaluar y comparar la efectividad de los diferentes programas y aproximaciones. Sin embargo, este objetivo es aún muy ambicioso por lo que la labor de evaluar la metodología de los estudios debe continuar desarrollándose.

Con base en lo anterior, el objetivo general de esta investigación documental es el analizar los criterios metodológicos para la evaluación de estudios de resultados de tratamiento del consumo excesivo de alcohol publicados de 1987 a 1992. Este análisis permitirá conocer el estado del arte, las principales deficiencias y avances metodológicos y la forma de exponer los resultados de dichas investigaciones.

Los antecedentes inmediatos del presente trabajo se encuentran en los hallazgos de Sobell y Sobell en 1981 y 1982; Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens en 1987, de los cuales

surgen los parámetros evaluativos que se toman como criterios para la realización del análisis de esta revisión.

A continuación se menciona la organización de esta tesis documental:

En el Capítulo 1. se presenta una breve reseña del panorama del consumo excesivo de alcohol en diversos países incluyendo México, así como los antecedentes de la evaluación de resultados de tratamiento de alcohol. También se mencionan brevemente la descripción y magnitud de las consecuencias del consumo excesivo de alcohol en las esferas de salud, social, familiar y económica. Posteriormente, se señala la forma en que se ha abordado esta problemática abarcando tanto los niveles de intervención como los modelos de tratamiento.

En el Capítulo 2. se exponen los antecedentes y características de la evaluación conductual, evaluación de la efectividad de los tratamientos y los criterios de evaluación con sus respectivas variables utilizados para el análisis de esta investigación.

La revisión, análisis, descripción y resultados de los estudios de investigación sobre resultados de tratamiento de consumo excesivo de alcohol publicados de 1987 a 1992, se encuentran contenidos en el Capítulo 3.

Por último, en el Capítulo 4 se realiza la discusión de los resultados, así mismo se comentan las limitaciones y las sugerencias para futuras investigaciones.

CAPITULO 1

CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

1.1 ANTECEDENTES.

El uso del alcohol es un fenómeno que ha acompañado la vida del hombre desde épocas remotas. La forma en que las personas beben y el proceso que siguen para hacerlo, implican la presencia de diversos factores (de personalidad, genéticos, fisiológicos, bioquímicos, socioculturales, etc.) que determinan si han de convertirse o no en consumidores excesivos de alcohol (Velasco, 1988).

El consumo excesivo de alcohol se ha convertido en un problema mayor de salud pública que cobra cada vez más relevancia. A través de los siglos, se ha tenido la convicción de que el alcohol consumido en forma exagerada, guardaba una estrecha relación con la pobreza, la inmoralidad, la ignorancia y el ateísmo. Sin embargo, ahora existe el reconocimiento de que este fenómeno se presenta en amplios sectores de la población afectando de igual manera a hombres y mujeres, jóvenes y viejos, pobres y ricos, brillantes y opacados (Nathan, 1981). Muestra de esto es el reporte de la investigación realizada por Vaillant en 1983, que a través de estudios longitudinales de cuarenta años presenta evidencia de la heterogeneidad de los alcohólicos.

El exceso en el consumo de alcohol y los problemas que de él se derivan, constituyen un fenómeno en el cual, los factores económicos, sociales y culturales juegan un papel causal importante y matizan las características del problema de acuerdo a las distintas regiones y grupos humanos en que se presentan (De la Fuente, 1987).

Con base en lo anterior, puede observarse que los aspectos socioculturales intervienen de manera esencial; tal es el caso de algunas circunstancias étnicas, religiosas y familiares (Krug, 1982) como las que a continuación se mencionan:

En la sociedad multiétnica de Singapur, el consumo excesivo de alcohol es más común entre los hindús y los chinos que entre los malasio; principalmente porque la religión islámica de los malasio prohíbe el consumo de alcohol (Heok et al., 1990).

Los judíos presentan un nivel relativamente bajo de alcoholismo debido a las prescripciones protectoras en contra del abuso del alcohol (Schuckit, 1986).

En los Estados Unidos, la afiliación religiosa influye en las altas proporciones de bebedores excesivos que hay entre los católicos, mientras que los protestantes liberales parecen tener pocos bebedores inmoderados y los protestantes conservadores cuentan con la mayor proporción de abstemios (Krug, 1982).

Los armenioamericanos tienen una incidencia baja tanto de alcoholismo como de patologías asociadas. Con ellos prevalece una norma cultural de sobriedad basada en la moderación y el autocontrol, lo cual es fuertemente reforzado por la iglesia y la familia.

En lo que se refiere a la población masculina italoamericana puede observarse que el consumo de alcohol tiende a ser más bajo en cada generación (op. cit.).

En España, el rango de consumo de alcohol es tan elevado que se le ubica como el segundo país después de Francia. También se le considera como el tercer país productor de vino a nivel mundial y el primero proporcionalmente a su extensión territorial en cuanto a las tierras que destina al cultivo de la vid. El alcohol es un producto que casi todos los españoles han probado y típicamente son los padres quiénes inducen a sus hijos en esta práctica. El 95% de los niños entre 4 y 14 años han probado bebidas alcohólicas y el 27% reportan consumo diario. La ingesta de alcohol se incrementa durante el fin de semana cuando las personas buscan el "relax" y formas de socialización. Generalmente beben en casa o acuden a cantinas dependiendo del tipo de bebida (usualmente, el vino y cerveza se consumen en casa y bebidas preparadas en bares o cantinas) (Rodríguez y Douglas, 1988).

Escocia es un país del Reino Unido en el cual existe una producción considerable de "whisky". El nombre y la economía de este país se encuentran vinculados con ésta su bebida nacional. En 1972, se detectó que el 90% de la población bebía y que los hombres bebían mucho más que las mujeres, situación que ha presentado un notable cambio en años recientes, marcando una tendencia al aumento del consumo por parte de las mujeres (Ritson, 1984).

En Latinoamérica, uno de los indicadores del nivel de consumo de alcohol, es el notable incremento en la producción de cerveza, así como la promoción y disponibilidad a bajo costo de bebidas con alto contenido de alcohol (Velasco, 1986). Chile y Argentina destacan por encontrarse entre los diez primeros productores de vino en el mundo.

En lo que se refiere a México, el consumo de bebidas embriagantes depende en gran medida de las condiciones ambientales y de la disponibilidad para obtenerlas. Es un fenómeno que por tradición se encuentra presente en acontecimientos importantes de la vida religiosa, económica, social y política de nuestro país (Rosovsky, Narváez, Borges y González, 1992). Se ingiere indistintamente en diversos acontecimientos como por ejemplo para la celebración de nacimientos, bautizos, cumpleaños, bodas, festividades de los santos patronos de los pueblos, aceptación de cargos públicos, inauguración de eventos y edificios y hasta en velorios. En todos estos casos, el papel fundamental del alcohol es validar las relaciones sociales o bien unir a las personas (Berruccos, 1988).

El consumo diario de alcohol es relativamente más bajo que el consumo eventual, con excepción de las personas dependientes; esto significa que el patrón de consumo del mexicano no alcohólico, es beber ocasionalmente pero en cantidades altas y en un tiempo reducido (De la Fuente, 1987; Rosovsky, Narváez, Borges y González, 1992).

Con base en lo anteriormente expuesto, puede apreciarse que el problema de la ingesta inmoderada de alcohol ha tomado dimensiones relevantes y que existe una tendencia hacia el incremento del consumo de bebidas alcohólicas.

Ahora bien, este problema de la ingestión desmedida de alcohol ha sido objeto de preocupación y atención especial por parte de los gobiernos de diversos países, de las instituciones de salud y de investigadores de diversas disciplinas (médicos, psicólogos, antropólogos, sociólogos, etc.) para prevenir, tratar, rehabilitar, reincorporar a la comunidad a quienes

presentan este tipo de problema, y reducir así la morbimortalidad derivada de estos padecimientos.

En relación al tratamiento, son variados los métodos y técnicas (psicoanálisis, terapias aversivas, hipnoterapia, psicoterapia, modificación de conducta, etc.) que han sido empleados obteniéndose resultados que aunque representan esfuerzos y avances significativos, no han sido suficientes hasta ahora debido a la magnitud y complejidad del problema. Es por ésto que se requiere, entre otros aspectos, del desarrollo de programas de intervención efectivos, los cuales debieran contar con una metodología adecuada de evaluación de resultados de tratamiento.

Para conocer acerca del panorama de la metodología de evaluación de resultados de tratamiento de alcohol se han realizado varias revisiones entre las que pueden mencionarse: Crawford y Chalupsky en 1977; Hill y Blane en 1967; Miller, Pokorny, Valles y Cleveland en 1970; Polich en 1982; Sobell en 1978; Sobell y Sobell en 1981 y 1982; Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens en 1987; Voegtlin y Lemere en 1942. En dichas revisiones se han abordado diferentes tópicos siendo uno de ellos el referente al grado de precisión con el cual se ha cuantificado el consumo de alcohol; existen datos de que hasta el principio de la década de los 70s, la conducta del beber era frecuentemente reportada utilizando categorías rudimentarias como "mejor", "peor" o "igual" (Sobell y Sobell, 1989).

Otro aspecto que ha sido objeto de estudio es el que concierne a la credibilidad de los autoreportes y en forma específica los reportes de consumo de los abusadores de alcohol. Los cuestionamientos acerca de su validez surgieron a partir de

la aparición de los tratamientos con orientación hacia el consumo controlado; es curioso observar que con anterioridad, los programas con meta de abstinencia aceptaban incondicionalmente el uso de dicho tipo de autoreportes (op. cit.).

Otro elemento de la evaluación de resultados de tratamiento que ha sido revisado es la longitud del intervalo de seguimiento, encontrándose que hasta hace aproximadamente 10 a 20 años, los estudios reportaban intervalos de seguimiento con una duración máxima de seis meses (op. cit.).

El criterio de validez convergente sobre el cual se basan las conclusiones de resultados de tratamiento, también ha sido estudiado, observándose que la evaluación multivariada en los estudios de tratamiento de alcohol empezó a manejarse a finales de los años 60s; sin embargo aún a mediados de los 70s, era frecuente encontrar que los investigadores empleaban tan solo unas cuantas medidas de resultados confiando solamente en los datos de los autoreportes o bien no presentaban datos acerca del consumo de alcohol (op. cit.).

Más recientemente, Sobell y Sobell en 1982 realizaron una investigación en la cual, se compararon 37 estudios de evaluación de resultados de tratamiento de alcohol publicados de 1976 a 1980. Entre las principales deficiencias metodológicas que encontraron se pueden mencionar las siguientes: a) reportes insuficientes de los antecedentes de los sujetos y de las variables de su historia de consumo; b) descripción inadecuada del tratamiento proporcionado; c) fallas en la recopilación de información del pretratamiento para las variables a medir en el seguimiento y falla para examinar las posibles diferencias del pretratamiento entre los diversos grupos de tratamiento; d)

delineamiento de conclusiones en ausencia de análisis estadístico o bien el uso inadecuado de datos estadísticos y por último e) falla en la medición cuantitativa de la conducta del beber (Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens, 1987).

Posteriormente, Sobell et al. (1987) realizaron otra investigación similar a la antes mencionada, en donde revisaron 48 estudios de resultados de tratamiento de alcohol publicados en el periodo comprendido de 1980 a 1984; apreciándose notables avances en la metodología empleada, como por ejemplo el uso de un gran número de fuentes de datos de resultados y la aplicación de diversas medidas cuantificables y continuas del consumo de alcohol. Sin embargo, para ciertos aspectos de resultados de tratamiento, como el reporte de las características de pretratamiento de los sujetos, no se encontró ningún avance en relación a la investigación previamente citada. Lo más desafortunado, debido a las grandes inconsistencias que caracterizaron la forma de reportar resultados en ambas revisiones, es que es difícil realizar comparaciones entre los estudios, ni aún en lo que se refiere a la efectividad del tratamiento, lo cual debiera ser el objetivo principal en investigaciones de este tipo.

De lo anterior se deriva la relevancia de continuar realizando investigaciones sobre los aspectos metodológicos empleados en los estudios de resultados de tratamiento de consumo excesivo de alcohol, lo cual representa el objeto de estudio del presente trabajo.

1.2 CONSECUENCIAS DE LA INGESTION DESMEDIDA DE ALCOHOL EN LOS ASPECTOS DE SALUD, SOCIALES, FAMILIARES, ECONOMICOS Y MAGNITUD DEL PROBLEMA.

El consumo exagerado del alcohol, constituye una seria amenaza tanto para el individuo que lo consume como para la sociedad. Sin embargo, dado que el objetivo del presente apartado no pretende una presentación exhaustiva de dichos aspectos, se enunciarán solo aquellos abordados en la información recopilada. En seguida se mencionarán brevemente la descripción y magnitud de las consecuencias del consumo excesivo de alcohol en las esferas de salud, social, familiar y económica.

CONSECUENCIAS DE SALUD

Entre las muchas y graves consecuencias que ocasiona el consumo excesivo de alcohol, se encuentran las que afectan la salud física. Las diferentes reacciones individuales al consumo del alcohol pueden ser producto de la influencia de factores como los genéticos, de entre los que se encuentran las características bioquímicas y fisiológicas, en donde la herencia juega un papel importante (De la Fuente, 1987). A continuación se mencionan algunos de los problemas de salud física y psicológica asociados a la ingesta excesiva de alcohol:

Trastornos sobre el sistema nervioso central

Las alteraciones provocadas en el cerebro por el consumo excesivo de alcohol, pueden variar desde efectos inmediatos a la ingesta del alcohol como disminución de habilidades para efectuar algunas tareas, hasta severos trastornos psicóticos (De la Fuente, 1987). Se le considera como el órgano más sensible a sus efectos. Cuando el consumo es crónico, es la causa más importante del deterioro mental del adulto, el cual abarca el pensamiento abstracto, el lenguaje y la coordinación. El consumo de pequeñas dosis de etanol produce daño en el procesamiento cerebral de información. Los potenciales eléctricos cerebrales también sufren cambios al ser evocados mediante estímulos visuales, auditivos y táctiles. El alcohol afecta la neurotransmisión (gama norepinefrina) y los efectos fluidificadores en las membranas celulares podrían explicar la disminución de la tolerancia, lo cual es un aspecto neurocelular de la dependencia física.

El síndrome de Wernicke-Korsakoff es un importante trastorno neurológico nutricional causado por deficiencia de tiamina. La encefalopatía de Wernicke es la fase aguda, y la psicosis de Korsakoff el continuo crónico de la encefalopatía de Wernicke. Los síntomas característicos de la encefalopatía de Wernicke son trastornos oculomotores, ataxia cerebelosa y confusión mental con un comienzo repentino. Las alteraciones oculomotoras y la ataxia pueden preceder a los cambios mentales en pocos días. Las anomalías oculares son variables y pueden ir desde nistagmo, parálisis bilateral del motor celular externo y diversos tipos de parálisis de la mirada hasta oftalmoplejia completa. La ataxia tiene carácter cerebeloso y afecta característicamente tronco y extremidades inferiores, con inestabilidad del tronco y marcha titubeante con base amplia. Dentro de las anomalías del estado mental en la encefalopatía de

Wernicke se encuentran desorientación, distraimiento, somnolencia y poca reactividad y se le llama a menudo "estado general de confusión". El tratamiento consiste básicamente en dosis de tiamina. La mayoría de los pacientes de encefalopatía de Wernicke que no muestran restablecimiento en las primeras 48 a 72 horas, presentarán psicosis de Korsakoff. Se calcula que el 3% de los trastornos relacionados con el alcohol corresponden a este síndrome (Nakada y Knight, 1984).

La psicosis de Korsakoff se caracteriza por grados variables de amnesia retrógrada y anterógrada conservando relativamente otras funciones intelectuales. El período de amnesia retrógrada con frecuencia abarca unos años antes del diagnóstico de la enfermedad y la memoria para acontecimientos más alejados permanece casi intacta. En la etapa inicial, la confabulación puede ser dato característico que a menudo desaparece en las etapas crónicas. La psicosis de Korsakoff es potencialmente reversible si se trata con tiamina y restablecimiento nutricional, durante la etapa temprana de la encefalopatía de Wernicke. Sin embargo, el restablecimiento es incompleto en más de 50% de los casos agudos, tornándose devastadores los déficit crónicos de memoria que a menudo exigen internar al paciente en una institución especial (op. cit.).

En México, de acuerdo a datos proporcionados por el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, el primer lugar de la hospitalización psiquiátrica está constituido por el alcoholismo y sus complicaciones, sobresaliendo la psicosis alcohólica y síndromes orgánicos cerebrales secundarios al alcoholismo (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1992-1994).

Trastornos del hígado

Dentro de la hepatopatía alcohólica se diferencian los siguientes estadios clínicos a saber: hígado graso, hepatitis alcohólica y cirrosis (Díaz de León, Massó y Ocampo, 1988).

Un trastorno común en los alcohólicos es el hígado graso. Cuando esta anomalía es asintomática la mayoría de los pacientes no acude al médico. Cuando el sujeto es sintomático, quizá presente los siguientes síntomas: síndrome hepático con malestar, anorexia, náuseas, molestias abdominales, algo de ictericia y hepatomegalia con dolor (Pimstone y French, 1984). Suele ser una enfermedad benigna. No predispone a la cirrosis. El tratamiento del hígado graso consiste en abstinencia de alcohol y en dieta adecuada (Pimstone y French, 1984; Díaz de León, Massó y Ocampo, 1988).

Otro problema de salud relacionado con el consumo excesivo de alcohol es la hepatitis alcohólica que presenta un cuadro clínico que varía desde un proceso por completo asintomático hasta insuficiencia hepática aguda que amenaza la vida. El padecimiento se desarrolla insidiosamente en término de semanas con anorexia, vómitos, ictericia, pérdida de peso, febrícula y dolor abdominal. En algunos pacientes se presenta con pocos síntomas y el curso es relativamente benigno. En cambio, los sujetos con enfermedad grave necesitan semanas o meses para restablecerse. Además del proceso de recuperación, que es excepcionalmente lento, la hepatitis alcohólica frecuentemente se agrava durante las primeras semanas que siguen a la hospitalización. Esta desmejoría ocurre a pesar de abstinencia de alcohol, dieta nutritiva y reposo estricto en cama (Pimstone y French, 1984).

No hay tratamiento específico aprobado en general para la hepatopatía alcohólica, sin embargo algunos tratamientos específicos son: el uso de corticoesteroides parece ser beneficioso en pacientes de hepatitis alcohólica grave; no obstante su aplicación es limitada debido a que su eficacia es discutida. La insulina y el glucagón son hormonas que estimulan la regeneración hepática en animales de laboratorio; sin embargo puede provocar hipoglucemia grave durante la terapéutica (op. cit.).

Finalmente, la cirrosis puede permanecer inadvertida en más de 40% de los pacientes según pruebas de autopsia, y en un 20% se descubre al azar en la exploración física sistemática o durante la valoración por otra enfermedad no relacionada. El paciente puede estar por completo asintomático, presentar manifestaciones inespecíficas como fatiga, anorexia, pérdida de peso, náuseas y molestias abdominales. Las alteraciones de la corteza cerebral incluyen perturbación de la conciencia, cambios de personalidad, anomalías psiquiátricas y deterioro intelectual. En general se aconseja la terapéutica de sostén, que consiste en abstinencia de alcohol, restricción voluntaria de la actividad, dieta nutritiva pobre en sal, multivitaminas y ácido fólico (op. cit.).

De acuerdo a Pimstone y French (1984), en los Estados Unidos, donde más de 10 millones de habitantes abusan del alcohol, se ha comprobado que los efectos tóxicos de esta sustancia sobre el hígado causan morbilidad y mortalidad importantes.

La cirrosis ocurre en 8% a 20% de los alcohólicos crónicos. Casi todos los estudios sugieren que el factor crítico

dosís duración excede de 120 mg. a 188 mg. de alcohol al día durante más de 15 años, equivalente a 7 lts./años de "whisky" (op. cit.). De acuerdo a estadísticas obtenidas en 1984, murieron treinta mil estadounidenses debido a la cirrosis (Chávez y Fernández, 1988).

Trastornos del páncreas

Una amplia gama de trastornos pancreáticos es causada por el abuso de alcohol etílico. La frecuencia de pancreatitis alcohólica varía en distintas regiones del mundo y en diversas poblaciones de pacientes; incluso entre grandes bebedores, dicha enfermedad ocurre aleatoriamente, lo cual indica la participación de otros factores permisivos, como podrían ser factores constitucionales y nutricionales (Geokas, 1984).

En la pancreatitis alcohólica aguda los síntomas iniciales son el dolor abdominal con náuseas y vómitos que suelen seguir a una borrachera. El dolor intenso abdominal en ocasiones se alivia parcialmente por sentarse o acostarse en cama del lado derecho o izquierdo con las piernas flexionadas. En la pancreatitis edematosa, el paciente suele presentar piel fría y pegajosa, disminución de los ruidos intestinales, aumento de la frecuencia del pulso y de la respiración y presión arterial lábil. Algunas complicaciones por pancreatitis alcohólica grave son: insuficiencia renal, cambios en la coagulación sanguínea, anomalías cardiovasculares, hipoglucemia, trastornos psicóticos y pseudo quistes (op. cit.).

En este padecimiento el principal síntoma es el dolor profundo, que se irradia a la espalda, y suele ser el motivo para ingreso en el hospital y para intervención quirúrgica. Los ataques se acompañan de náuseas y vómitos, que exacerban el

dolor. Este síntoma por lo regular dura de tres a cinco días. En la mayor parte de los casos, el alivio del dolor, que es el aspecto más importante en la pancreatitis crónica, puede lograrse por la abstinencia completa de alcohol; sin embargo, esto no impide el mal funcionamiento pancreático (op. cit.).

En los casos en que la pancreatitis aguda coexiste con el consumo excesivo de alcohol crónico, se acompaña de mortalidad baja y una cifra alta de frecuencia con progreso habitual a pancreatitis crónica (op. cit.).

En los Estados Unidos, aproximadamente el 75% de los casos de pancreatitis alcohólica crónica guardan relación con el abuso del etanol. La frecuencia de pancreatitis no parece vincularse con el tipo de bebida alcohólica que se consume, pero las borracheras precipitan ataques agudos (op. cit.).

Síndrome alcohólico fetal

Durante el embarazo, el consumo excesivo de alcohol produce varias anomalías congénitas en el feto llamadas síndrome alcohólico fetal (SAF). Se consideran que los efectos son causados por el alcohol mismo y no por otros fármacos ni por deficiencia nutricional. Los resultados pueden manifestarse de manera variable según dosis y tiempo diferentes de exposición al etanol durante la gestación. Los datos incluyen malformaciones craneofaciales, retardo mental y deficiencia de crecimiento. Pudiendo haber otras malformaciones, que incluyen defectos cardíacos o esqueléticos (Nakada y Knight, 1984; Díaz de León, Massó y Ocampo, 1988; Jurado, 1988). En 1976, Smith señala que el SAF representa la tercera causa de deficiencia mental en la infancia, después del síndrome de Down. Por otro lado, de acuerdo con las observaciones de Hagber y sus colaboradores en 1982, el

SAF es causa del 8% de todos los casos de deficiencia mental (Jurado, 1988).

Trastorno del funcionamiento sexual

Mediante la exploración física realizada en hombres alcohólicos se ha detectado la presencia de una significativa atrofia testicular, lo cual significa que los testículos pueden ser mas pequeños y blandos que lo normal. También puede observarse que el nivel de estrógenos (hormonas femeninas) en la sangre se eleva sustancialmente produciendo un cuadro clínico de ginecomastia (pérdida de vello en el cuerpo, adelgazamiento y mayor suavidad en la piel entre otros síntomas). Por otro lado en mujeres alcohólicas se ha observado un decremento de fertilidad, amenorrea menopáusica temprana y un mal funcionamiento ovárico prematuro (Smith, 1986; Jurado, 1988).

En lo que se refiere al comportamiento sexual, existe información reportada en 1972 por Smith, Lemere y Dunn de que el 8% de los alcohólicos hospitalizados presentaban impotencia una vez que estaban completamente desintoxicados; aproximadamente el 50% de este grupo recuperó gradualmente su nivel previo de funcionamiento sexual, mientras que el 25% permaneció relativamente impotente y el 25% restante mostró impotencia absoluta (Smith, 1986).

Puede observarse que en México, el 12.4% de la población urbana de 18 a 65 años ha presentado problemas de salud alguna vez a causa del consumo de bebidas alcohólicas (Encuesta Nacional de Adicciones, 1990).

CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS

Emociones

El consumo de bebidas alcohólicas provoca experiencias de "disforia" en alcohólicos, mientras que en los no alcohólicos permite alcanzar estados de ánimo elevado. También se ha comprobado que se presentan estados emocionales correlacionados con diferentes patrones de consumo según el tipo de bebedor; en los bebedores ligeros, se presentan diferentes emociones, mientras que en los bebedores fuertes se observa el uso del alcohol sin importar el estado emocional. Roman en 1979 sugiere que existe una predisposición para consumir alcohol cuando se desean controlar experiencias angustiantes, sin embargo esto conduce a un sentido de pérdida de dominio de la situación, lo cual conduce a disminuir la autoestima, y esto a la vez lleva a la persona a experimentar más angustia y por lo tanto consume más alcohol y así se completa una "solución" circular (Krug, 1982).

El fenómeno de "beber compulsivamente" guarda una estrecha relación con la ansiedad y los intentos por controlarla y se ha demostrado que frecuentemente se precipita por factores ambientales (op. cit.).

Aprendizaje y memoria

En un estudio realizado por Wesnes en 1977 se encontró que la información aprendida bajo la influencia de alcohol es más fácilmente recordada bajo el efecto de la misma sustancia. La información acumulada implica un efecto de detrimento de la memoria a corto plazo mientras que el continuo del efecto puede estar representado por lagunas (op. cit.).

Sensación

Mediante diversas acciones químicas en diferentes porciones del sistema nervioso central, las sensaciones que surgen de los cinco sentidos pueden ser inhibidas, aumentadas o alteradas. A esta propiedad de ciertos compuestos químicos de alteración de las sensaciones se le considera como uno de los reforzadores básicos subyacentes en el uso de sustancias. La mayoría de los efectos químicos sensorios parecen ser agudos, aunque algunos pueden ser crónicos, como en el caso de las neuropatías alcohólicas que pueden caracterizarse por: alteración en la sensibilidad y fuerza de las extremidades (Krug, 1982; Sotelo, 1988).

Efectos Neuropsicológicos

Page y Schaub en 1977 sugieren mediante sus investigaciones, que la mayoría de las funciones intelectuales de los alcohólicos pueden recuperarse después de tres semanas. Por otro lado, Chandler y Parsons en 1977 reportan que las funciones neuropsicológicas del hemisferio derecho parecen ser más deteriorables por el consumo de alcohol que las funciones del hemisferio izquierdo (Krug, 1982).

Efectos Psicomotores

La mayoría de los estudios sobre este aspecto, enfocan su atención hacia la seguridad del individuo. Se les relaciona con el efecto que producen en las habilidades para conducir vehículos de motor, y se concluye que el consumo de alcohol deteriora el desempeño psicomotor (op. cit.).

Cognición

El efecto del alcohol sobre la cognición se refiere principalmente al deterioro de aspectos como el proceso de pensamiento, juicio y razonamiento analítico. Se ha demostrado que estas afectaciones pueden ser reversibles en parte mediante dos o tres semanas de abstinencia (op. cit.).

CONSECUENCIAS SOCIALES

Entre las repercusiones que surgen como resultado del consumo excesivo de alcohol, se encuentran las sociales que conceptualizan al individuo como un infractor de normas y como un elemento potencialmente peligroso para sí mismo y para la sociedad en general; los siguientes datos ilustran las situaciones más estudiadas en este sentido y de las que existe información disponible:

Accidentes automovilísticos

En lo que se refiere a accidentes automovilísticos es indudable que el consumo de alcohol juega un papel muy importante. En muchas ocasiones las víctimas no habían bebido al ocurrir el accidente y en más de un tercio de los casos de muerte, las personas eran pasajeros, otros conductores o peatones (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989a).

Información obtenida en 1986 en Estados Unidos, indica que el 52% de las muertes en accidentes de tránsito involucraron a un conductor o peatón que había ingerido alcohol (op. cit.).

En nuestro país, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes informa que en el periodo de 1979 a 1982, aproximadamente el 4% de los accidentes ocurridos en carreteras federales sucedieron cuando el conductor se encontraba en estado de ebriedad. En 1983, el 15.85% de los accidentes de tránsito que se registraron en el Distrito Federal, ocurrieron en estado de ebriedad según datos de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal (Consejo Nacional Antialcohólico, 1986). Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (1990), el 3.4% de la población urbana de 18 a 65 años alguna vez ha tenido un accidente automovilístico a causa del consumo excesivo de alcohol.

Incendios y quemaduras

Los incendios y quemaduras son otra de las causas de muerte no intencional y que por su incidencia ocupa el cuarto lugar en Estados Unidos. El consumo de alcohol interviene a menudo en los casos de incendios originados por cigarrillos; es frecuente que la víctima quede inconsciente por los efectos del alcohol mientras fuma. La intoxicación alcohólica también es causa de que las personas sean incapaces de escuchar o interpretar adecuadamente las alarmas de incendio cuando ocurre un siniestro y de igual manera sus habilidades para escapar del fuego se ven afectadas (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989a).

El alcohol contribuye también a provocar quemaduras ya que disminuye las habilidades cognoscitivas y neurológicas como el equilibrio, de tal manera que las quemaduras pueden resultar de caídas sobre objetos calientes. En 1978, Mitchel, Packham y Fitzgerald encontraron que el alcohol acelera la incapacidad conductual cuando se combina en el organismo con gases tóxicos

como el monóxido de carbono, lo cual ocurre durante los incendios (op. cit.).

Existen otros estudios acerca de que las personas que presentan disfunción hepática como consecuencia del consumo excesivo de alcohol, tienen menos probabilidad de sobrevivir a quemaduras graves (op. cit.).

Mediante la realización de exámenes de concentración alcohólica en la sangre, Howland y Hingson en 1987, sugieren que aproximadamente la mitad de las personas que mueren en incendios se encuentran legalmente alcoholizadas al momento de su muerte (op. cit.).

Caídas

Las caídas son otro evento que frecuentemente se relaciona con el consumo de alcohol y se les considera la tercera causa de lesiones fatales (después de los accidentes automovilísticos y quemaduras). En 1963, Summerskill y Kelly observaron que el abuso del alcohol contribuye a la osteoporosis y que por ello algunos alcohólicos en estado de sobriedad presentan caídas como resultado de fracturas espontáneas (op. cit.).

En un estudio realizado en 1983 en Helsinki, Honkanen et al. encontraron que de las personas atendidas en hospitales de emergencia víctimas de caídas accidentales, el 53% presentaban concentraciones importantes de alcohol en la sangre y concluyen que cuando dicha concentración supera 100mg/100ml, se puede considerar que las caídas son provocadas por el alcohol (op. cit.).

Ahogamientos

Otro evento de consecuencias fatales es el ahogamiento; el cual puede presentarse en una amplia variedad de escenarios (mar, lagos, ríos, albercas y tinas) y bajo diferentes circunstancias (nadando, pescando, navegando, buceando y conduciendo vehículos acuáticos con motor) y en muchos de estos accidentes se encuentra presente el alcohol. Debido a que la ingesta de alcohol incrementa el riesgo de accidentes vehiculares, esto también contribuye a aumentar el riesgo al conducir vehículos acuáticos; así mismo el alcohol contribuye al ahogamiento en casos de caídas al agua. También se observa que las personas que beben, son menos propensas a usar salvavidas (al igual que los conductores ebrios no usan el cinturón de seguridad). El alcohol también incrementa el riesgo de disturbios del oído interno asociado con una caída rápida de temperatura lo cual provoca que una persona que se sumerja inesperadamente se desorienta y nade hacia abajo en lugar de nadar hacia la superficie. De la misma manera, el alcohol puede inhibir la respuesta del organismo para incrementar el intercambio de gas en la sangre. El alcohol también es capaz de conducir al individuo a la depresión o a la ansiedad y contribuir así a suicidios por ahogamiento. Como consecuencia de las acciones de personas bajo efecto alcohólico, algunas otras en estado sobrio pueden también ahogarse (op. cit.).

Crímenes, suicidios y delitos

En el caso de los crímenes, el alcohol también participa con frecuencia y cuando el incidente ocurre entre extraños, es más común encontrar que la víctima era quién había bebido. Cuando el crimen involucra a amigos o conocidos, el ofensor había bebido si la víctima lo había hecho también. El alcohol se encuentra involucrado en crímenes no planeados y efectuados por no profesionales, así como en incidentes con perpetradores múltiples (op. cit.).

En Estados Unidos, el 35% de los suicidios indica el uso de alcohol y el 23% estaban intoxicados en el momento de su muerte. Al realizar una revisión de los estudios de seguimiento de alcohólicos se mostró que los suicidios se presentaron de un 8% a un 21% (op. cit.).

En México, el 8.8% de la población urbana de 18 a 65 años se ha visto involucrada alguna vez en una pelea debido al consumo excesivo de alcohol (Encuesta Nacional de Adicciones, 1990).

Por otro lado, en 1987 la Dirección General de Estadística del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reporta que entre los delitos cometidos con mayor frecuencia bajo la influencia del alcohol se encuentran los daños en propiedad ajena (36%), lesiones (18%) y robo (16%) (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1992-1994).

CONSECUENCIAS FAMILIARES

Dentro del ámbito de la familia son de gran repercusión los trastornos que provoca el consumo excesivo de alcohol; los problemas son más y mayores en los hogares en los cuales uno de los padres es alcohólico en comparación con los hogares sin esta situación (Natera, 1982; Moser, 1979). La primer área general que afecta es la posibilidad de la transmisión de patrones de consumo de padres a hijos. La probabilidad de los alcohólicos de tener uno o ambos padres alcohólicos es seis veces mayor que la que tiene la población en general (Krug, 1982).

En 1978, Bales y sus colegas sugieren que existe una relación negativa entre la afinidad familiar y el creciente consumo de drogas. Cuando los padres consumen excesivamente alcohol, se crea en el hogar un ambiente que resulta destructivo para el desarrollo emocional sano del niño. La autoestima de los hijos se deteriora como consecuencia de los constantes conflictos, inconsistencia, inestabilidad y confusión de roles en la familia. De la misma manera, la calidad de la crianza involucra negligencia, falta de disciplina y carencia de entrenamiento en el comportamiento ético y social (op. cit.).

Otra de las situaciones que se ven precipitadas por el uso del alcohol es la que se refiere al maltrato de los niños debido a que esta sustancia inhibe los mecanismos que normalmente controlan la agresión, la hostilidad o impulsos violentos (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989a).

Por otro lado, cuando el alcohol favorece en forma excesiva las relaciones interpersonales como un medio de satisfacer necesidades emocionales, puede llegar a provocar el descuido de los niños; lo cual ocurre tanto por parte del bebedor mismo como del cónyuge no alcohólico ya que éste invierte demasiado tiempo y energía preocupado por su compañero (op. cit.).

En relación a la actitud sexual temprana y el embarazo en adolescentes, se han realizado algunos estudios que sugieren la posible relación causal entre los efectos desinhibitorios del alcohol y las expectativas asociadas con su uso y este tipo de comportamiento (op. cit.).

En una investigación realizada por Turull (1982) en el barrio de Tepito, se detectó que más del 50% de la población masculina estudiada había presentado situaciones de conflicto con la familia como por ejemplo: problemas sexuales con su pareja, infidelidad, separación, abandono del hogar, falta de aportación económica, comportamiento violento e injusto con todos los miembros, descuido de la salud de la familia, descuido en la educación de los hijos y falta de dedicación de tiempo libre con su familia.

En la vida del alcohólico, el área más afectada es la familiar; según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (1990), el 14.9% de la población urbana de 18 a 65 años ha presentado problemas con la familia.

CONSECUENCIAS ECONOMICAS

Entre las repercusiones económicas que conlleva el consumo excesivo de alcohol se encuentra que existe relación con algunos accidentes de trabajo (Campillo y Medina-Mora, 1978). Cuando el bebedor tiene una ocupación en la cual los errores de juicio afectan seriamente la vida y el bienestar de los demás el costo social es muy elevado (Consejo Nacional Antialcohólico, 1986). Así mismo, tres de cada diez de los accidentes de trabajo están relacionados con el abuso del alcohol (De la Fuente, 1987).

El 5.5% de la población urbana en México de 18 a 65 años ha tenido problemas de trabajo alguna vez, como consecuencia del consumo inmoderado de alcohol (Encuesta Nacional de Adicciones, 1990).

En el ámbito del trabajo, también puede observarse que existen ciertas profesiones que favorecen el consumo de alcohol, como ejemplo de ello se encuentran los ejecutivos y los empleados que trabajan en condiciones desfavorables o expuestas a niveles altos de tensión. Los médicos, los conductores y las personas que trabajan en restaurantes se encuentran en estas situaciones. El resultado puede ser mala calidad en su funcionamiento, relaciones laborales difíciles, enfermedad, etc. (Natera, 1982; Moser, 1979).

En un estudio realizado por Korn y cols. en 1977 en Tokio, se encontró que en la línea de comercio un rasgo característico de los ejecutivos y de aquellos con empleo propio era el considerar la bebida como algo necesario para el trabajo; aproximadamente un 50% bebía diariamente en comparación con un 25% de obreros. De la misma manera en Washington en 1956, Lemere y cols. encontraron que el 20% de cerca de ocho mil casos de alcohólicos tratados en forma privada acumulados durante veinte años, los hombres de negocios y los ejecutivos han constituido una proporción relativamente alta (Moser, 1979).

Otra de las repercusiones importantes en este ámbito es el ausentismo que se considera dos veces mayor entre las personas que ingieren alcohol que entre las que no lo consumen (De la Fuente, 1987). También se estima que por causa del alcohol, hay una pérdida de 160,000 horas quincenales entre los trabajadores asegurados y que el 12% del ausentismo laboral se debe a la ingesta excesiva de alcohol.

Datos similares emitidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social, indican que el promedio de ausentismo a causa del consumo excesivo de alcohol en sujetos derechohabientes es de 2.5

por año, lo cual representa una pérdida de 625 horas laborales por cada sujeto durante éste mismo periodo (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1992-1994).

Como puede apreciarse, los problemas asociados al consumo excesivo de alcohol tienen repercusiones serias importantes y de diferente tipo no solo para los individuos que lo consumen directamente, sino que también, constituyen un alto riesgo para aquellas personas, que aunque son ajenas al consumo de alcohol, de alguna forma tienen proximidad (circunstancial, por relación afectiva, por relación social, laboral o parentesco) con quienes han abusado de la ingestión de bebidas alcohólicas y por lo tanto sufren también sus consecuencias. El conocimiento de estos aspectos, permite apoyar el estudio de los alcances de este complejo fenómeno para la realización de investigaciones que contribuyan a la solución de esta problemática.

1.3 ABORDAJE A LA PROBLEMÁTICA.

La información disponible acerca del consumo excesivo de alcohol hace evidente la demanda inmediata de atención especializada; es por eso que en las últimas décadas ha existido un interés muy fuerte por parte de las ciencias médicas y sociales para tratar de analizar la problemática y evitar así que este fenómeno adquiera mayores dimensiones (Ayala y Cárdenas, 1991).

En lo que se refiere a nuestro país, el conocimiento acerca de la tendencia del consumo de bebidas alcohólicas cuenta con información bastante limitada; esto es debido a que la investigación formal aún es incipiente y a que el alcohol así como sus problemas asociados se han abordado tradicionalmente desde un punto de vista moral (Consejo Nacional Antialcohólico, 1986; Cárdenas, 1988; Elizondo, 1988), el cual continúa vigente en la actualidad en algunas comunidades. Es a partir de la segunda mitad de este siglo, que los profesionales de la salud conceptualizan al alcoholismo como una enfermedad. Esta orientación dirige su atención hacia un pequeño sector de la población constituido por los alcohólicos mientras que los bebedores sociales u ocasionales, que representan un porcentaje cada vez mayor, carecen aún de soluciones concretas (Ayala y Cárdenas, 1991).

1.3.1 NIVELES DE INTERVENCION.

En México la preocupación oficial a nivel nacional acerca de la salud pública se originó en el Congreso Constituyente de 1917, y no fue sino hasta 1963 que en la reunión auspiciada por la Oficina Panamericana de Salud, México entre otros países de Latinoamérica, adoptó una serie de principios para llevar a cabo estudios epidemiológicos, los cuales han estado a cargo del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, ahora Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP) (Campillo, 1982).

Las primeras estrategias empleadas en investigación social en materia de alcohol fueron las llamadas indirectas que se refieren a tasas de mortalidad por cirrosis hepática, alcoholismo y psicosis alcohólica, accidentes de tránsito e internamiento en hospitales psiquiátricos. Pero debido a que los datos estadísticos en México son defectuosos y los servicios asistenciales psiquiátricos cubren una proporción muy reducida de la población, las cifras reportadas están bastante alejadas de la realidad (Campillo y Medina-Mora, 1978). Posteriormente, como un intento por tratar de cubrir dichas deficiencias empezaron a aplicarse las estrategias directas, que se refieren a encuestas en la comunidad general o en grupos de alto riesgo como son: poblaciones hospitalizadas, pacientes en tratamiento y varones entre 30 y 50 años. Todas las investigaciones mencionadas presentan aspectos cuestionables como la definición de conceptos y la carencia de un modelo adecuado para elaborar programas acordes a los requerimientos (Campillo, 1982).

Sin embargo la atención que se dirige al panorama actual del alcoholismo en México, cuenta con cambios importantes a nivel institucional, como por ejemplo la iniciativa de adoptar una

serie de principios y medidas que se señalaron en la reunión celebrada en el mes de julio de 1981 organizada por el IMP y la Organización Mundial de la Salud, entre los que destacan la necesidad de diseñar programas preventivos y de tratamiento (op. cit.).

La prevención del consumo inmoderado de alcohol, al igual que el tratamiento y la rehabilitación del alcohólico y el bebedor problema son áreas igualmente importantes; sin embargo, las acciones de intervención en nuestro país están dirigidas principalmente hacia la prevención más que al tratamiento (Ayala y Cárdenas, 1991).

En lo que se refiere a las políticas de prevención Velasco (1986) considera que existen dos tipos fundamentales de medidas:

- 1) Limitar la disponibilidad de bebidas alcohólicas, lo cual se logra a través del control de su producción e importación.*
- 2) Inducir la reducción de la demanda en parte de la población general, por ejemplo capacitando a los maestros en el uso cotidiano de guías y manuales para alertar a los alumnos, proporcionando así información y orientación al respecto.*

Por otro lado, los servicios de tratamiento y rehabilitación se orientan hacia tres tipos de medidas (op. cit.):

- 1) *La organización de servicios nacionales antialcohólicos para incluirse en los servicios de salud general.*
- 2) *Entrenamiento en aspectos de salud mental a otros sectores de la población como los campesinos, obreros, etc. con énfasis especial en líderes de organizaciones laborales, grupos organizados de jóvenes y todo género de agrupaciones con actividad comunitaria.*
- 3) *El apoyo a la investigación, especialmente de tipo epidemiológico.*

1.3.2 MODELO DE TRATAMIENTO.

Nathan menciona que desde el punto de vista teórico han destacado diversos enfoques como el psicoanalítico en la década de los 30's y 40's; posteriormente predominó el concepto del alcoholismo como enfermedad crónica; a partir de los 70's surge con fuerza la opinión de los clínicos conductuales que conceptualizan el beber como patrones de comportamiento socialmente adquiridos que se mantienen por numerosas señales antecedentes (condicionamiento clásico) y reforzadores consecuentes (condicionamiento operante) que pueden ser de naturaleza fisiológica, sociológica y psicológica (Bandura, 1969, 1977; Marlatt y Nathan, 1978; Miller y Mastria, 1977; Nathan, Marlatt y Loberg, 1978; Ayala y Cárdenas, 1991). En la década de los 80's la perspectiva se dirigió hacia la posibilidad de compaginar el tratamiento con el individuo más que a buscar un beneficio a través del mismo (Nathan, 1981; Holden, 1987) y la orientación de los tratamientos puede variar sobre bases conductuales, cognoscitivas, del aprendizaje social,

psicoanalíticas, de sistemas de familia, emotivo racionales, multimodales, centrados en el cliente y de perspectivas principales (Nathan, 1981).

De acuerdo con Ayala y Cárdenas (1989), en lo que a tratamiento se refiere, el enfoque predominante ha sido el empleo de la abstinencia como meta; dentro de esta consideración existen entre otras, cuatro aproximaciones fundamentales que intentan abordar el problema:

- 1) El empleo de medicamentos. Se refiere a la administración de agentes químicos inductores de reacciones fisiológicas antagónicas al consumo de alcohol; como el disulfiram (antabuse) el cual inhibe la compulsión de beber puesto que el sujeto trata de evitar la reacción física desagradable que provoca el medicamento. Debe administrarse con el consentimiento del paciente, después de la realización de un examen médico minucioso y bajo estricta observación médica ya que de existir algún problema serio de salud como enfermedad del corazón, el empleo del disulfiram debería ser evitado (Smith-DiJulio y Heinemann, 1986).*

- 2) Terapias aversivas. Se usan sustancias como la apomorfina y la emetina que se administran al paciente poco antes de que ingiera su bebida favorita. De esta manera, el sujeto entra en período prolongado de vómito inmediatamente después que ingiere el alcohol; esta técnica representa un costo elevado debido a que debe aplicarse en condiciones de internamiento del paciente y requiere de una alta motivación sostenida ya que resulta ser una*

experiencia displacentera, y su eficacia general permanece en cuestión. Las descargas eléctricas son otro recurso de este tipo de aproximación y su finalidad es eliminar drásticamente el consumo de alcohol, esto se cumple apareando en forma repetitiva la ingesta de alcohol con impulsos eléctricos dolorosos tolerables por el organismo; sin embargo Nathan y Briddell comentan que en investigaciones sobre la eficacia de la aversión eléctrica per se, los efectos tienen una vida corta y modesta (Steffen, Steffen, y Nathan, 1986). Cabe mencionar que debido a las implicaciones éticas de su uso, este tipo de tratamiento ha dejado de ser frecuente (Ayala, 1993).

- 3) *Hipnoterapia. Miller (1991), menciona que la hipnosis es una técnica que puede facilitar el autocontrol y la autodisciplina en el manejo del estrés, y que proporciona una oportunidad de ayuda al sujeto para romper con patrones usuales de comportamiento que le permitan iniciar cambios para promover su crecimiento y desarrollo. También es útil en la comunicación con los sujetos adictivos en el rompimiento del ciclo de las recaídas. Por otro lado, Ayala y Cárdenas (1989) comentan que los resultados obtenidos son poco consistentes, lo cual pudiera ser atribuible a la falta de control y a la manera en que el concepto de hipnosis se ha presentado a los sujetos.*

- 4) *Psicoterapia. De acuerdo a las teorías de la personalidad, el alcoholismo es un trastorno que denota la presencia de conflictos psicológicos no resueltos; define al alcoholismo como un problema estrictamente individual que puede ser superado*

cuando el sujeto logra madurar o superar sus conflictos neuróticos (Elizondo, 1988). Sin embargo, los comentarios de algunos investigadores como Ewing en 1974, Moure en 1963 y Shea en 1954 parecen mostrar que la psicoterapia intensiva no es un tratamiento seleccionado para alcohólicos (Ayala y Cárdenas, 1989).

Bajo esta perspectiva, resulta que no existen tratamientos claramente efectivos (Ayala, 1993) y que en muchos casos, la rehabilitación del paciente, depende del grado de severidad de los problemas y el pronóstico de una recuperación exitosa se relaciona con qué tan intactos se mantengan sus recursos sociales y económicos.

Ayala (1993) resume de la siguiente manera lo que actualmente se conoce como investigaciones conductuales de "Segunda Generación":

- Técnicas de autocontrol (autoreportes, autoselección de metas).
- Análisis funcional del beber (identificación de los antecedentes y consecuentes de situaciones de beber de bajo y alto riesgo).
- Reestructuración cognoscitiva.
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo de beber.

En cuanto a programas de tratamiento, existen diversas aportaciones que han empleado las metodologías que a continuación se mencionan (Ayala y Cárdenas, 1989):

- *Aproximaciones operantes: toman en cuenta los factores ambientales que operan sobre la conducta del beber en el alcohólico.*
- *Entrenamiento en discriminación del nivel de concentración en la sangre: se realiza en base a retroinformación sobre el nivel de concentración de alcohol en la sangre y su impacto sobre el organismo.*
- *Autoayuda: se refiere a la identificación con el problema del beber como si fuese propio.*
- *Terapia cognoscitiva: se basa en las estructuras, procesos cognoscitivos y percepciones personales.*
- *Entrenamiento en relajación y desensibilización sistemática: considera la relación entre el consumo de alcohol y la tensión con el objeto de reducir ésta.*
- *Entrenamiento en habilidades sociales: se refiere al desarrollo de habilidades no alcohólicas partiendo de un control conductual basado en la asertividad.*

Todas estas técnicas representan aportaciones importantes y han sido empleadas por diversos investigadores encontrando resultados positivos mientras que algunos otros autores han

cuestionado su efectividad y los resultados obtenidos han sido controvertidos. Sin embargo, dichos cuestionamientos han conducido a la creación de programas que incluyen una combinación de dos o más de las técnicas descritas, observándose así mayores beneficios para el paciente (op. cit.).

Ahora bien, tomando como marco de referencia el enfoque hacia la moderación, destacan los resultados obtenidos por Davies en 1962 en los que se mostró por primera vez evidencia de "moderación espontánea", ésto marcó la pauta para que posteriormente se realizaran investigaciones al respecto como la reportada por Lovibond y Caddy en 1970 con pacientes externos a los que se aplicó un reforzador negativo consistente en descargas eléctricas dolorosas como un medio de lograr exitosamente el autocontrol (Pomerleau y AdKins, 1979).

En 1981, Polich, Armor y Braiker reportaron un estudio con un seguimiento de cuatro años, en el cual encontraron que el 18% de los pacientes consumían alcohol sin problemas asociados ni presencia de síntomas de dependencia y además, el 10% fueron capaces de mantener una abstinencia total durante todo el periodo de seguimiento.

Este tipo de resultados positivos se han mantenido consistentes a través de varios estudios realizados en una amplia variedad de clínicas, ubicaciones geográficas, agentes terapéuticos y diversas poblaciones (Miller y Hester, 1980; Pomerleau y AdKins, 1979).

Uno de los enfoques teóricos que propone alternativas de intervención al problema del consumo excesivo de alcohol, es el

modelo del Aprendizaje Social de Bandura (1977), el cual sustenta que los factores personales, el ambiente y la conducta se entrelazan uno con otro de tal modo que la causalidad es multidireccional entre dichos factores.

El consumo de alcohol como conducta social es adquirida y mantenida por modelamiento, reforzamiento social, anticipación de los efectos del alcohol y experiencia directa con los efectos de dicha sustancia como son la recompensa, el castigo y la dependencia física.

También es importante considerar diversos determinantes situacionales que influyen en el consumo de alcohol como por ejemplo los eventos estresantes cotidianos, las presiones familiares y laborales y el papel que juegan algunas redes y apoyos sociales (Abrams y Niaura, 1987).

Los patrones de consumo que resultan de estos factores varían en un continuo que inicia con la experimentación durante la adolescencia y progresa hacia el consumo social normal o bien hacia episodios de abuso, abstinencia, o uso controlado a través del ciclo de la vida adulta. Estos patrones de consumo son aprendidos dentro del contexto del proceso general de socialización de tal manera que en diferentes etapas de la vida las creencias y el uso del alcohol cambian en conjunción con las fuerzas de la socialización (op. cit.).

Uno de los mejores predictores de los hábitos del uso y abuso del alcohol son las actitudes y conductas de los padres con respecto al alcohol. De esta manera el niño adquiere ciertas expectativas en su hogar, las cuales son posteriormente

modificadas por factores sociales de la cultura, familia y amistades (op. cit.).

Algunos investigadores como Lowery en 1980, han demostrado que existen otros factores aculturales, como los programas de televisión que tienden a presentar una imagen del consumo de alcohol como un medio de lograr el goce de las relaciones sociales y la reducción de la tensión social, el manejo de situaciones críticas y el escape del estrés crónico (op. cit.).

Bajo el contexto de la Teoría del Aprendizaje Social existen ciertos factores de diferencia individual que predisponen al individuo para afrontar las demandas ambientales o situacionales, por ejemplo pueden ser diferencias biológicas heredadas como la tolerancia a la intoxicación y a los efectos reforzantes del alcohol. Así mismo, los individuos pueden heredar o adquirir déficits cognoscitivos o neuropsicológicos y pueden predisponerlos a problemas de consumo. También pueden existir desórdenes afectivos heredados o adquiridos (depresión, ansiedad, etc.) que predisponen a ciertos individuos en un intento de automedicarse para aliviar sus síntomas. Mas aún, los déficits en las habilidades de socialización se relacionan también con el riesgo al alcoholismo. Existen datos de que el abuso de sustancias en adolescentes está en función del número de factores de riesgo como creencias, eventos de vida negativos, presión de compañeros, etc., más que de algún factor únicamente o combinación de factores. Por lo tanto, se puede conceptualizar que el alcohol es un mecanismo general de afrontamiento óptimo para personas con historias particulares de aprendizaje social, en situaciones específicas, en un cierto estado actual y con expectativas y necesidades personales (cognoscitivas, emocionales y biológicas/fisiológicas) (op. cit.).

Cuando el individuo cuenta con habilidades alternativas de afrontamiento específicas (como el resistir la presión de los compañeros para ingerir alcohol, rechazar la "tentación" de beber, etc.) y con la creencia de que tiene el suficiente dominio sobre esas habilidades, entonces podrá determinar su elección por el alcohol o por una conducta alternativa.

En este modelo de tratamiento resulta muy importante que en el tratamiento del abuso del alcohol se requiere que el individuo acepte la responsabilidad personal de aprender habilidades autoregulatorias y de usarlas como alternativas en situaciones de alto riesgo. El individuo debe adquirir habilidades de afrontamiento general y específicas para manejar los eventos negativos experimentados en su vida y poder negociar exitosamente las demandas cotidianas en forma balanceada sin tener que recurrir necesariamente al uso de sustancias. También debe de aprender a retardar la gratificación inmediata del consumo del alcohol y a ejercer el autocontrol (op. cit.).

Sin embargo cuando el individuo ha retenido expectativas de resultado positivas con respecto al uso del alcohol y no ha aprendido sobre sus consecuencias negativas, se presenta una pérdida de confianza que puede conducirle a reiniciar el consumo y empezar así un círculo vicioso autodestructivo. Para contrarrestar este efecto, se requiere de una reestructuración cognoscitiva para que el individuo perciba la recaída como una experiencia de aprendizaje y como una forma de retroalimentación acerca de como hacerlo mejor la próxima vez (Abrams y Niaura, 1987; Nathan, 1981; Marlatt, 1983)

Tal es el caso del programa de Miller y colaboradores comentado por Ayala y Cárdenas (1989), el cual se encuentra

basado en el método de entrenamiento de Autocontrol Conductual del Consumo de Alcohol (ACCA). Este programa se desarrolla en base a:

- *Establecimiento de metas mediante la determinación de límites específicos y adecuados de consumo de alcohol, (basado en el conocimiento actual de los efectos del etanol sobre el cuerpo y la conducta) así como un entrenamiento en detectar con señales externas el nivel de alcohol en la sangre.*
- *Automonitoreo del consumo de alcohol.*
- *Entrenamiento en el control de la tasa de ingesta, basado en las propuestas de Sobell y Sobell realizadas en 1973 para alterar la topografía de la conducta de beber.*
- *Entrenamiento en autoreforzamiento con la finalidad de facilitar el proceso de tratamiento.*
- *Análisis funcional de la conducta de ingesta de alcohol con un entrenamiento de control de estímulos.*
- *Entrenamiento de alternativas para enseñar habilidades de afrontamiento que debieran usarse en las situaciones donde el alcohol era empleado anteriormente para afrontar.*

De la misma manera, existen otros programas con ciertas variaciones en su aplicación en relación a las condiciones y

contingencias locales, sin embargo el método ACCA ofrece las siguientes características comunes:

- *Un programa educacional creado para lograr y mantener un nivel de consumo de alcohol moderado y no problemático.*
- *Aplicable en consulta externa.*
- *Flexibilidad para desarrollarse en forma individual, grupal o biblioterapia (op. cit.).*

Por otro lado, también existen beneficios que este tipo de programas proporcionan al paciente, como por ejemplo, los que ofrece el Programa de Autocontrol Dirigido para Bebedores Problema aplicado en nuestro país por la Universidad Nacional Autónoma de México en colaboración con la Fundación para la Investigación de las Adicciones del Gobierno de Canadá (1993):

- *Manejo adecuado de sus situaciones de alto riesgo al beber.*
- *Autocontrol en la forma y la cantidad de bebidas consumidas.*
- *Establecimiento de metas aplicables a diversos aspectos de su vida.*
- *Manejo positivo y constructivo de las recaídas.*
- *Capacidad para afrontar las presiones sociales, laborales, familiares, etc.*

- *Posibilidad de sesiones adicionales en el momento que se requiera.*
- *Contacto con instituciones de salud para canalización en caso necesario.*

Cabe mencionar que de acuerdo a las investigaciones de Lang y Marlatt en 1982, el entrenamiento de consumo moderado de alcohol parece ser más efectivo con individuos definidos como "bebedores problema" o sea aquellos que han tenido problemas con el consumo de alcohol pero sin evidencia de signos de dependencia física como podrían ser: síntomas pronunciados de abstinencia física, evidencia de desorden orgánico asociado con el consumo excesivo, etc. (Marlatt, 1983).

De todo lo anteriormente expuesto, destaca el hecho de que el consumo de alcohol es un fenómeno que cuenta con una amplia y variada historia a través de diversas culturas y de que cuando dicho consumo se realiza en forma excesiva se convierte entonces en un serio problema sin importar las características de la sociedad en que se presente.

La trascendencia de esta problemática puede afectar al individuo desde un nivel personal y particular hasta un nivel grupal y social. Debido a esto, el consumo inmoderado de alcohol representa un objeto de preocupación y de estudio por parte de diversas disciplinas e instituciones.

Así, bajo la perspectiva de que los bebedores crónicos representan una fuerte amenaza para la sociedad, hace algunos

años se desarrolló un interés importante hacia la elaboración de medidas preventivas; sin embargo, en estudios recientes el panorama revela la importancia de dirigir la atención hacia un sector más amplio de la población integrado por consumidores excesivos eventuales, los cuales ingieren grandes cantidades de bebidas embriagantes en períodos breves y que requieren de intervenciones terapéuticas eficaces.

CAPITULO 2

**ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA EVALUACION
DE ESTUDIOS DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO
DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL**

2.1 ANTECEDENTES Y CARACTERISTICAS DE LA EVALUACION CONDUCTUAL.

Uno de los avances conceptuales más importantes en el estado actual y desarrollo futuro de la investigación sobre tratamientos de problemas de consumo de alcohol es el que concierne a la evaluación (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989b).

La evaluación conductual es un concepto que surge históricamente dentro de la terapia o modificación de conducta. Una de las características en este modelo conductual es la estrecha relación que existe entre los procesos de evaluación y el tratamiento, siendo cada uno a su vez causa y efecto del otro; de la misma manera esta dinámica ha conducido a un interés cada vez mayor por parte de los investigadores hacia los aspectos evaluativos para asegurar el éxito de la intervención terapéutica (Fernández y Carrobles, 1983).

Como antecedentes del enfoque conductual de la evaluación, existen tres fuentes señaladas por Hersen en 1976:

1) La crisis de la evaluación tradicional que emplea tests y técnicas de diagnóstico psicológico:

Desde su origen, este modelo ha pretendido la evaluación de los seres humanos a partir de una serie de atributos, dimensiones, rasgos o factores que permitirán

la descripción de cualidades psicológicas, la predicción del comportamiento del sujeto y la explicación de la conducta humana. Para medir estos constructos psicológicos se han empleado los tests.

Algunas de las críticas a este enfoque evaluativo son: la falta de acuerdo en la aplicación de las pruebas así como en las categorías de respuestas, la falta de consistencia a través del tiempo, la obtención de resultados incongruentes debido a que en ocasiones no son replicables y/o concluyentes, influencia del efecto de las variables procedentes del propio examinador, la tendencia por parte de los sujetos examinados a ofrecer contestaciones socialmente deseables en la descripción de sí mismos, la falta de utilidad para identificar trastornos conductuales específicos y carencia de información para plantear el tratamiento y establecer un pronóstico sobre el sujeto (Fernández, 1983a).

2) La incongruencia del diagnóstico psiquiátrico y del modelo médico en el abordaje de los trastornos psicológicos:

La consideración de los trastornos psicológicos como producto de lesiones, disfunciones o déficits del sistema nervioso surge con una cierta base empírica a partir de los hallazgos de la medicina durante los siglos XVIII y XIX.

Posteriormente en la década de los cincuenta de nuestro siglo, se desarrollaron fármacos de tipo psicotrópico los cuales influyeron en la atención de las conductas desviadas como "enfermedades". Además, el surgimiento de drogas estimulantes o antidepresivos,

tranquilizantes y neurolépticos permitirían el mejoramiento de diversos trastornos de la conducta. Sin embargo, existen investigaciones como la desarrollada por Eysenck en 1975 que analiza los alcances y limitaciones en la aplicación de este modelo médico en los trastornos conductuales estableciendo los siguientes grupos:

- *Anormalidades con base en desordenes fisiológicos o neurológicos del cerebro y del sistema nervioso central como por ejemplo la epilepsia y las psicosis degenerativas, en donde la intervención del modelo médico es adecuado.*
- *Psicosis funcionales en las cuales existe una posible base somática, como en el caso de la esquizofrenia y la psicosis maniaco depresiva en donde el modelo médico es aplicable parcialmente.*
- *Todos aquellos trastornos conductuales en los que no se ha encontrado ninguna base biológica o determinante físico además de las neurosis, psicopatías y desordenes caracterológicos en los cuales, la aplicación del modelo médico resulta injustificable.*

En lo que se refiere al valor científico del diagnóstico psiquiátrico se ha detectado a través de diversas investigaciones que no ofrece las garantías de rigor de toda clasificación científica, que no contribuye ni a la etiología ni al pronóstico del curso del trastorno, y tampoco ayuda a elegir el tratamiento adecuado (op. cit.).

3) La utilización de los fundamentos de la psicología experimental en la práctica escolar y clínica:

De acuerdo a lo señalado por Krasner en 1980, los hallazgos más importantes hasta los años sesentas, para la formulación y el desarrollo inicial de la terapia de conducta son (op. cit.):

- Uno de los modelos más importantes de la psicología experimental es el concepto del conductismo.
- La producción de cambios en la conducta patológica y normal mediante la aplicación del condicionamiento clásico.
- Los descubrimientos de Thorndike en 1931 y Skinner en 1938 acerca del condicionamiento instrumental u operante.
- Las investigaciones de Watson y Rayner en 1920 y Mowrer y Mowrer en 1938 que aportan las primeras aplicaciones del condicionamiento en problemas de la conducta humana.
- Los estudios sobre la ineffectividad de los tratamientos psicológicos en uso, realizados por Eysenck y cols. en 1952 y 1960 en el Maudsley Hospital de Londres.
- Las investigaciones realizadas por Dollard y Miller en 1950 a partir del enfoque conductista sobre algunos principios psicoanalíticos que pusieron de manifiesto la posibilidad de

aplicación clínica de los paradigmas del aprendizaje.

- *El desarrollo de las técnicas de inhibición recíproca realizada por Wolpe en 1958.*

Por otro lado, es importante mencionar que dentro de los modelos psicológicos de evaluación más representativos y frecuentemente contrastados se encuentran el tradicional y el conductual, los cuales comparten aspectos comunes en sus objetivos, de modo que ambos pretenden la descripción, predicción y explicación de la conducta humana y que finalmente buscan la solución de problemas psicológicos.

Dentro de las técnicas empleadas en la evaluación tradicional se encuentra el psicodiagnóstico que se basa en pruebas psicométricas, proyectivas o subjetivas (entrevistas, escalas de autoapreciación etc.). Asimismo, la evaluación conductual se caracteriza por analizar objetivamente los comportamientos relevantes de un sujeto, comprendiendo sus respuestas motoras, fisiológicas y cognoscitivas, así como la atención de las variables tanto orgánicas como ambientales que provocan o mantienen su comportamiento (Fernández, 1983b).

A continuación se realizará una presentación comparativa de ambos modelos de evaluación, tan solo con la intención de lograr una mejor comprensión de las características de la evaluación conductual sin pretender establecer un dogmatismo de validez única e indiscutible. Los puntos de comparación son: Conceptuales, Metodológicos y Prácticos.

COMPARACION CONCEPTUAL:

Es considerada como la fuente más importante de diferencias entre el modelo conductual y el tradicional y que puede englobarse en cuatro grupos: 1) los determinantes de la conducta, 2) las unidades de análisis que se utilizan, 3) la consistencia o especificidad de la conducta y 4) la consideración de las respuestas (op. cit.).

1) DETERMINANTES DE LA CONDUCTA

EVALUACION TRADICIONAL:

Considera el comportamiento por sus variables y atributos del organismo, cuando emplea condiciones ambientales las toma en cuenta como conformadoras de la personalidad y de sus atributos durante el desarrollo, siendo entonces necesario evaluar los atributos del presente y/o reconstruir las circunstancias que se dieron en el pasado.

EVALUACION CONDUCTUAL:

Considera a la conducta en función del organismo e interactuando con el medio ambiente, solo admite la existencia de atributos observables y enfatiza a las variables ambientales actuales o situacionales que mantienen la(s) conducta(s) inadecuada(s).

2) UNIDADES DE ANALISIS

EVALUACION TRADICIONAL:

Las unidades básicas en el estudio de la personalidad desde el punto de vista psicométrico son las construcciones, o bien los productos de la interacción entre los superconstructos psicoanalíticos (yo, ello y superyo) que se han originado en los primeros años de vida o bien son el resultado de pulsiones primarias biológicamente determinadas en el ser humano. De manera semejante se utilizan construcciones psiquiátricas, conceptualizaciones o etiquetas derivadas de la aplicación del modelo médico a la conducta anormal, infiriéndose que la conducta problema es un síntoma de una enfermedad.

EVALUACION CONDUCTUAL:

Las unidades de análisis empleadas son las conductas de los sujetos, las variables ambientales que las determinan y las variables que provienen del organismo.

La conducta de los sujetos puede ser de tres tipos: externas o motoras, internas o cognoscitivas (expectativas, pensamientos y sentimientos) y psicofisiológicas que pueden ser examinadas y amplificadas objetivamente. Estos tres tipos de respuesta pueden ser medidos a través de diversos métodos y en base a parámetros claramente definidos (intensidad, frecuencia, amplitud y adecuación); además de que no son utilizables para realizar inferencias de atributos internos a partir de las mismas.

3) CONSISTENCIA O ESPECIFICIDAD**EVALUACION TRADICIONAL:**

Supone que la conducta es estable y producida por la existencia de disposiciones o rasgos internos.

EVALUACION CONDUCTUAL:

Sostiene que la conducta está en función de la situación y por lo tanto depende de ella. Así, el comportamiento no solo puede ser entendido considerando las variables organísmicas y las de la situación sino mediante la interacción entre ambas.

4) CONSIDERACION DE LAS RESPUESTAS

EVALUACION TRADICIONAL:

Sugiere que las respuestas son interpretadas como indicadores de la existencia de un atributo interno estable a través del tiempo y que son generalizables a otras situaciones.

EVALUACION CONDUCTUAL:

Propone que la conducta se produce en función de estímulos ambientales y que representa una muestra de la interacción entre ambas (op. cit.).

COMPARACION METODOLOGICA:

Continuando con esta presentación comparativa se considerarán algunas diferencias entre ambos modelos a nivel metodológico, los cuales proceden o bien se encuentran en íntima relación con las diferencias conceptuales anteriormente expuestas. Dichas comparaciones comprenden los siguientes cuatro

aspectos: 1) tipo de evaluación, 2) tipo de técnica, 3) clases de ítems y 4) construcción de los instrumentos.

1) TIPO DE EVALUACION

EVALUACION TRADICIONAL:

Intenta el análisis de características subyacentes, internas o genotípicas del individuo para lo cual emplea tests en donde las manifestaciones ante éstos se encuentran indirectamente relacionadas con las dimensiones a evaluar.

EVALUACION CONDUCTUAL:

Realiza la evaluación de las respuestas de los sujetos mediante la observación de sus conductas específicas y concretas de tipo motor, cognoscitivo o fisiológico para lo cual emplea los aparatos necesarios, autoreportes y/o reportes colaterales de personas allegadas al sujeto.

2) TIPO DE TECNICA

En este caso, existen técnicas que pueden ser empleadas en ambos enfoques y lo que resulta como exclusivo de cada uno de ellos es el contenido de tales técnicas, así como la forma en la que se utilizan. Ejemplo de ello son los autoreportes, entrevistas, escalas de apreciación y observaciones.

Sin embargo, también se cuenta con técnicas como las proyectivas y los registros psicofisiológicos que son prácticamente privativos del enfoque tradicional y conductual respectivamente.

3) CLASES DE ITEMS

EVALUACION TRADICIONAL:

Las técnicas utilizadas son construídas con ítems preseleccionados de carácter general que no presentan especificidad ni situacional ni de respuesta, ya que son elegidos en función de las relaciones supuestas entre ellos y los atributos que pretendían medir. Lo mismo ocurre cuando se utilizan tests con alternativas de respuesta ya que éstas son generales y limitantes. De la misma manera, cuando se realizan observaciones, el observador emite juicios impresionistas sobre los sujetos partiendo de su propio marco teórico de referencia sin aclarar cuales fueron las conductas reales que lo condujeron a tales conclusiones.

EVALUACION CONDUCTUAL:

Desde esta perspectiva se utilizan instrumentos (autoreportes) que contienen ítems con la característica de especificidad tanto situacional como de respuesta. Igualmente los registros observacionales están diseñados para anotar conductas específicas y claramente definidas; es importante mencionar que tanto las señales antecedentes como las reforzadoras consecuentes de las conductas también deben ser registradas.

4) CONSTRUCCION DE LOS INSTRUMENTOS

En este sentido, ambos modelos comparten dos importantes características que demuestran su valor científico; validez y confiabilidad. Lo que señala la diferencia entre los dos modelos de instrumentos es la utilización de los procedimientos de obtención de la validez y la confiabilidad.

EVALUACION TRADICIONAL:

Mediante la construcción de los tests tradicionales se pretenden evidenciar las diferencias interindividuales. Así mismo la importancia de los ítems de un instrumento de evaluación se considera secundaria, por lo cual resulta que en este modelo tradicional se emplea prioritariamente la validez empírica y de constructo.

Otro aspecto característico de esta perspectiva es el hecho de que el tratamiento mantiene una relación indirecta con la evaluación debido a que el comportamiento en cuestión es causado internamente.

EVALUACION CONDUCTUAL:

En este enfoque es importante manifestar las diferencias intrasujeto o sea, antes y después de un tratamiento. En lo que se refiere a los ítems, su importancia resulta prioritaria, por lo que el procedimiento idóneo para obtener su validación es la validez de contenido.

Por último, existe la validación experimental de la evaluación en el modelo conductual, lo cual significa que el objetivo final es la obtención y medida de las variables dependientes (conductas clave) y las variables independientes (variables ambientales y/o internas que las mantienen) a emplear en diseños experimentales.

Cuando el tratamiento es efectivo, el proceso evaluador es validado debido a que se producirán cambios duraderos en las variables dependientes como resultado de la manipulación de las variables independientes que provocaban o mediaban las conductas inadecuadas (op. cit.).

COMPARACION PRACTICA:

Por último se llevará a cabo una presentación comparativa de aspectos evaluativos en el campo práctico, la cual comprende los cuatro siguientes puntos: 1) evaluación preestablecida versus idónea, 2) evaluación global versus atomizada, 3) relación con el tratamiento y 4) costos.

1) EVALUACION PREESTABLECIDA VERSUS IDONEA

EVALUACION TRADICIONAL:

Una de las propiedades más sobresalientes de este modelo, es el hecho de contar con un conjunto de instrumentos debidamente preestablecidos aplicables sistemáticamente. Esto representa un beneficio de tiempo y energía para el evaluador y ventajas económicas para el cliente.

EVALUACION CONDUCTUAL:

En contraste, en este modelo de evaluación los instrumentos son diseñados de acuerdo a los requerimientos específicos de cada caso, así de esta manera, se cuenta con un número importante de pruebas aplicables a problemas específicos de comportamiento (disfunciones sexuales, adicciones, fobias, etc.).

2) EVALUACION GLOBAL VERSUS ATOMIZADA

EVALUACION TRADICIONAL:

Se considera que la evaluación es global debido a que realiza una investigación de la personalidad y de su estructura utilizando baterías de tests generales para evaluar los rasgos o constructos que se supone están en diferente medida en los seres humanos.

EVALUACION CONDUCTUAL:

La evaluación se considera atomizada debido a que su objetivo primordial es el seleccionar las conductas problema, las variables que las mantienen (ambientales e internas), así como las conductas consecuentes y los comportamientos positivos que pudieran emplearse para decrementar tales conductas problema.

3) RELACION CON EL TRATAMIENTO

EVALUACION TRADICIONAL:

La relación con el tratamiento es indirecta debido a que no se realiza una detección de variables, ni tampoco se efectúa la manipulación de éstas durante la intervención psicológica.

Al mismo tiempo, se considera que la evaluación es puntual puesto que se lleva a cabo antes y en ocasiones después del tratamiento, o sea en un punto determinado del continuo del problema.

EVALUACION CONDUCTUAL:

Son directas las relaciones entre la evaluación y el tratamiento, ya que el proceso evaluativo se desarrolla antes, durante y después de la intervención terapéutica. Cuando la evaluación se realiza previa al tratamiento, tiene entre otros fines, la identificación de las variables a manipular.

Posteriormente, tienen lugar la evaluación y el tratamiento simultáneamente autocorrigiéndose uno en función del otro. Después del tratamiento se continúa evaluando para confirmar los resultados del mismo.

4) COSTOS

EVALUACION TRADICIONAL:

En términos generales, produce menores costos en comparación con la evaluación conductual ya que se emplea una batería de tests preestablecida y que puede ser aplicada por el mismo psicólogo.

EVALUACION CONDUCTUAL:

A diferencia del modelo tradicional, los costos resultan más elevados en base a que la evaluación y el tratamiento son diseñados especialmente para cada sujeto.

Para efectuar con todo rigor las observaciones del comportamiento en ocasiones se requiere de varios observadores y para registrar las respuestas psicofisiológicas es necesario contar con aparatos o dispositivos que en algunos casos son costosos.

Por otro lado también existe un costo en términos de energía y tiempo para el cliente, pues debe dedicarse a la labor de llenar las formas de autoregistro durante prolongados periodos (op. cit.).

A continuación se presenta la Tabla 2.1 con el resumen de los rubros de las comparaciones anteriormente expuestas entre los modelos tradicional y conductual de la evaluación.

Tabla 2.1 Resumen de los rubros de las Comparaciones:
Conceptual, Metodológica y Práctica.

COMPARACION CONCEPTUAL.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Determinantes de la conducta 2) Unidades de análisis 3) Consistencia o especificidad 4) Consideración de las repuestas
COMPARACION METODOLÓGICA	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tipo de evaluación. 2) Tipo de técnica 3) Clases de ítems 4) Construcción de los instrumentos
COMPARACION PRÁCTICA	<ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluación preestablecida vs idónea 2) Evaluación global vs atomizada 3) Relación con el tratamiento 4) Costos

En resumen y con base en lo anteriormente expuesto, las características esenciales de la evaluación conductual son las siguientes (op. cit., pp. 88-89):

" 1. La evaluación conductual se basa en los principios teóricos establecidos desde la Psicología experimental y más especialmente desde la Psicología del aprendizaje...

2. La evaluación conductual se dirige a concretas conductas-problema o variables-criterio (o a otras con ellas relacionadas)...

3. El objetivo fundamental de la evaluación conductual es el de identificar las condiciones que controlan las conductas-problema...

4. La evaluación y el tratamiento suponen dos intervenciones psicológicas inseparables y dialécticamente relacionadas...

5. En evaluación conductual se requiere la utilización de datos objetivos, fiables y válidos presentados en forma cuantitativa y recogidos, preferentemente, de la situación natural en la que se encuentra el sujeto...

6. Por último, la evaluación conductual lleva consigo la validación experimental de todo el proceso en el que se integra el tratamiento del sujeto..."

Una vez expuestas las características de la evaluación conductual, es necesario conocer el proceso de intervención que tiene lugar en la práctica de la modificación de conducta, lo cual permitirá ampliar la comprensión de la estrecha relación

existente entre la evaluación y el tratamiento, además de proporcionar aspectos importantes a considerar en la evaluación de efectividad de los tratamientos.

De acuerdo con Fernández y Carrobles (1983), son seis las fases principales bajo las cuales suele desarrollarse la terapia conductual:

- 1) Formulación y evaluación del problema: se efectúa la especificación y el análisis detallado del problema o problemas presentados por el cliente, lo cual servirá de guía posteriormente para la intervención terapéutica que se realice. El éxito o fracaso del tratamiento dependerá en gran medida de la exactitud con que se lleve a cabo esta etapa.*
- 2) Formulación de hipótesis: los objetivos fundamentales son el planteamiento de hipótesis explicativas y verificables acerca de las conductas problema así como la deducción de predicciones comprobables a partir de esas hipótesis.*
- 3) Selección de las conductas clave y variables relevantes con ellas relacionadas: una vez cumplidas las fases anteriores se deberá proseguir con la selección de las conductas problema, las variables que las controlan o mantienen, además de identificar y especificar aquellas conductas clave socialmente significativas que puedan contribuir al decremento de las mismas.*

- 4) *Tratamiento: se aplicara un plan de intervención terapéutico diseñado para resolver la problemática previamente identificada; cabe mencionar que durante esta fase se van evaluando los resultados parciales de la intervención con la finalidad de determinar si se introducirán o no modificaciones en el programa terapéutico elegido.*
- 5) *Valoración de los resultados: es una fase indispensable, ya que permite una evaluación exacta acerca del efecto de la aplicación de la intervención terapéutica, asimismo puede ser de utilidad para obtener conclusiones válidas sobre dicha intervención.*
- 6) *Seguimiento: el objetivo principal en esta última fase es la recopilación de datos para verificar el mantenimiento de los efectos del tratamiento.*

En seguida se presenta la Tabla 2.2 que expone las fases, objetivos y etapas del proceso de evaluación en el escenario clínico, y posteriormente la Figura 2.1 donde se muestra el diagrama del proceso de evaluación en la intervención clínica.

Tabla 2.2 Fases, objetivos y etapas del proceso de evaluación en el escenario clínico.

Fase 1) FORMULACION Y EVALUACION DEL PROBLEMA	
Objetivos	E t a p a s
<ul style="list-style-type: none"> ■ Fijación de los límites del problema manifestado por el cliente. ■ Determinación de las variables relevantes en función de las conductas problema. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Enunciación de las conductas problema y variables relevantes relacionadas con ellas. b) Programación de las técnicas a emplear para la definición operativa de las conductas problema y variables relevantes. c) Descripción operativa de las conductas problema y variables relevantes.
Fase 2) FORMULACION DE HIPOTESIS	
Objetivos	E t a p a s
<ul style="list-style-type: none"> ■ Enunciación de hipótesis verificables en referencia a las conductas problema. ■ Deducción de predicciones constatables a partir de las hipótesis. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Clasificación y estructuración de las conductas problema anteriormente operativizadas y las variables relevantes. b) Tentativa de explicación de las conductas problema a través de la formulación de hipótesis verificables. c) Obtención de predicciones comprobables a partir de las hipótesis.
Fase 3) SELECCION DE CONDUCTAS CLAVE Y VARIABLES RELEVANTES	
Objetivos	E t a p a s
<ul style="list-style-type: none"> ■ Elección de las conductas clave a modificar (variables dependientes). ■ Elección de variables relevantes a manipular (variables independientes). 	<ul style="list-style-type: none"> a) Selección de las conductas clave que es necesario modificar. b) Definición de la secuencia a seguir para modificar las conductas clave. c) Selección de las variables relevantes a manipular para la modificación de las conductas clave.

Tabla 2.2 Fases, objetivos y etapas del proceso de evaluación en el escenario clínico. ...continuación

Fase 4) TRATAMIENTO	
Objetivos	E t a p a s
<ul style="list-style-type: none"> ■ Determinación de metas terapéuticas. ■ Elección del programa de tratamiento. ■ Evaluación y control de variables contaminadoras. ■ Administración del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Enunciación de las metas a lograr mediante el tratamiento. b) Selección y organización de las técnicas de tratamiento a emplear. Establecimiento del programa terapéutico. c) Evaluación y control de las factibles variables contaminadoras. d) Selección del diseño adecuado para obtener datos no contaminados. e) Preparación del cliente. f) Administración gradual del programa de tratamiento. g) Evaluación continua del avance de tratamiento. h) Terminación del tratamiento.
Fase 5) VALORACION DE RESULTADOS	
Objetivos	E t a p a s
<ul style="list-style-type: none"> ■ Nueva valoración de las conductas clave. ■ Verificación del logro de las metas terapéuticas establecidas. ■ Constatación de si los datos obtenidos respaldan las hipótesis previamente enunciadas. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Última valoración del proceso de tratamiento. b) Nueva valoración de las conductas clave. c) Análisis de los datos obtenidos. d) Verificación del cumplimiento de las predicciones deducidas y del respaldo de las hipótesis formuladas. e) Terminación de la terapia o reconsideración del proceso.
Fase 6) SEGUIMIENTO	
Objetivos	E t a p a s
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obtención de datos nuevamente. ■ Verificación del mantenimiento de los resultados del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Contacto con el sujeto. b) Nueva valoración de las conductas clave. c) Nuevo análisis de la información para compararla con la obtenida al final del tratamiento. d) Verificación de la estabilidad y mantenimiento de los resultados. e) Probables nuevos seguimientos.

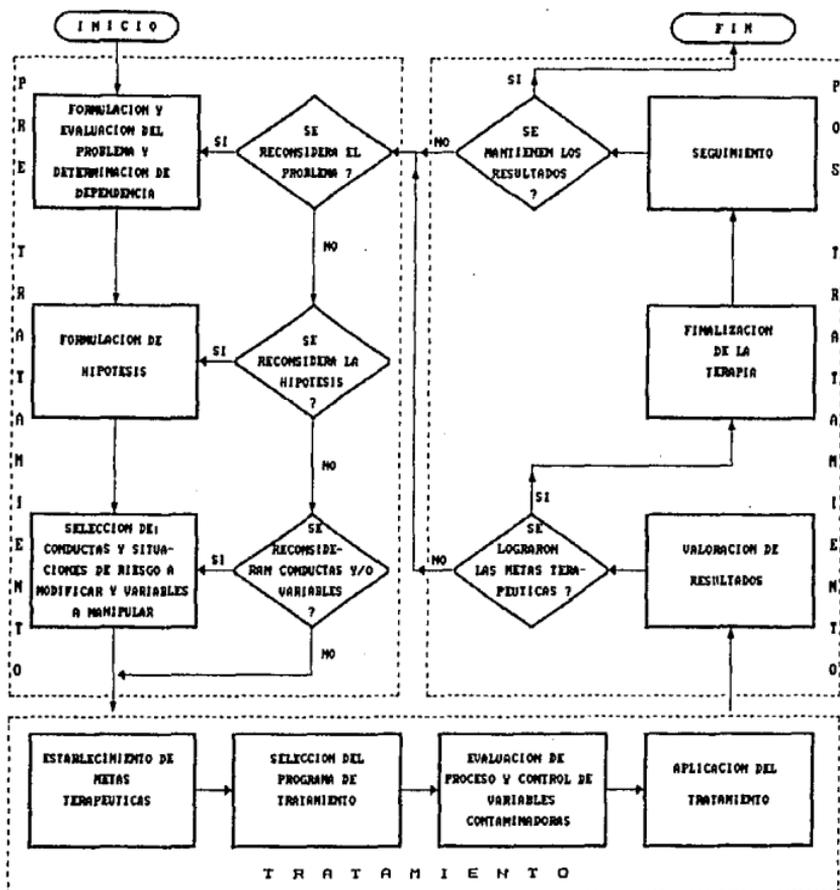


Figura 2.1 DIAGRAMA DEL PROCESO DE EVALUACION EN LA INTERVENCION CLINICA

(DERIVADO DEL MODELO DE FERNANDEZ Y CARROLES, 1983)

2.1 ANTECEDENTES Y CARACTERISTICAS DE LA EVALUACION CONDUCTUAL

2.2 EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS TRATAMIENTOS.

En el año de 1990, Enoch Gordis director del Instituto Nacional Americano sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo hace una descripción del ambiente que prevalece en materia de tratamiento en los Estados Unidos: en el caso del alcoholismo, el sistema de tratamiento con sus innumerables terapias, ejércitos de terapeutas, incesantes conferencias, prolongados programas e intensas actividades de relaciones públicas se caracteriza por la carencia de una apropiada evidencia científica de efectividad. Así lo demuestra la tendencia que prevalece en los Estados Unidos sobre programas de tratamiento privado, principalmente de internamiento de los pacientes, que estimula y recompensa los tratamientos costosos que no cuentan con mecanismos para evaluar resultados. En contraste, la situación en Canadá y Gran Bretaña es muy diferente, ya que se apoya mayormente la aplicación de tratamientos externos (Peel, 1990).

Esta misma idea es compartida por los investigadores Miller y Hester quienes realizaron una investigación acerca de las aproximaciones de tratamiento con mayor soporte de efectividad y encontraron que dichas aproximaciones eran muy pocas veces aplicadas en programas de tratamiento americanos. Además de que todos estos tratamientos carecían de una apropiada evidencia científica de efectividad. Ejemplo de ello son Alcohólicos Anónimos, educación sobre el alcohol, confrontación, disulfiram, terapia de grupo y asesoría individual (op. cit.).

En esta investigación se compararon tratamientos internos y otros tipos de intervención concluyendo que los tratamientos más intensivos no proporcionaban mayores beneficios que aquellos de terapia externa para cualquier población (op. cit.).

Actualmente en los Estados Unidos los compradores de servicios y los pacientes realizan la adquisición de esfuerzos de tratamiento más que de resultados de tratamiento debido a la carencia de datos objetivos de resultados, por lo cual un programa efectivo con orientación a resultados debiera contar con los siguientes requerimientos mínimos (Allo, Mintzes y Brook, 1988):

- *Con respecto a la variable dependiente los datos deben ser recolectados antes, durante y después de la administración de la intervención.*
- *Los datos deben ser analizados.*
- *El resultado del análisis debe comunicarse a los clientes, compradores y proveedores de servicios.*
- *El receptor del análisis debe actuar sobre los resultados.*
- *Los datos deben ser extensos y no abrumadores.*

Un medio adecuado para lograr dichas recomendaciones es a través del proceso de evaluación conductual, ya que cuenta con una metodología que cubre ampliamente los diversos aspectos de evaluación de efectividad de los tratamientos.

Ahora bien, uno de los aspectos más importantes del proceso de evaluación de la conducta del beber es el que se refiere a la obtención de información relevante, la cual puede ser recopilada a través de reportes verbales, escritos y marcadores biológicos.

Entre las técnicas empleadas para la recopilación de datos se encuentra la entrevista, la cual constituye el instrumento más aplicado dentro del campo de la evaluación conductual (Silva, 1983). Este instrumento resulta de mucha utilidad para conocer el consumo de alcohol del sujeto y sus problemas asociados.

La entrevista es utilizada durante las diversas fases de la intervención clínica (pretratamiento, tratamiento y postratamiento) ya que refleja adecuadamente la conducta en su ambiente natural (op. cit.).

Algunas investigaciones sobre estudios metodológicos en el campo del consumo de alcohol, muestran que generalmente la información que se obtiene de los reportes verbales de los alcohólicos tiende a ser válida y confiable (Sobell y Sobell, 1981; Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989b; Longabaugh, 1989). Sin embargo puede existir cierta variabilidad considerable en función de la sensibilidad de los datos requeridos, de la especificidad de los criterios de validación, del periodo de observación comprendido en el reporte, de la etapa específica dentro del proceso de evaluación, de la presencia o ausencia de alcohol con que se encuentre el sujeto ya que cuando éste se presenta libre de dicha sustancia, la información resulta relativamente válida y confiable; por el contrario, cuando el sujeto muestra algún nivel de concentración de alcohol en la sangre, generalmente los autoreportes resultan inválidos (Sobell

y Sobell, 1981; Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989b).

Sobell, Sobell, Leo y Cancillas (1988) mencionan que el método de línea base retrospectiva es un procedimiento que se utiliza para medir el consumo de alcohol reciente. En él se requiere que los sujetos proporcionen estimaciones de su consumo diario sobre un período de tiempo específico mínimo de doce meses. La confiabilidad de este procedimiento ha sido establecida a través de diferentes poblaciones de abusadores de alcohol, como bebedores con alta y baja dependencia de alcohol, bebedores normales tanto hombres como mujeres, estudiantes universitarios masculinos y femeninos blancos y negros, alcohólicos internos, alcohólicos externos y alcohólicos veteranos. Este instrumento de evaluación de patrones de consumo y antecedentes de uso de alcohol ha sido ampliamente aplicado en diversos países como Canadá, Estados Unidos, Gran Bretaña, Australia y recientemente en México (Sobell y Sobell, 1992; Sobell, 1993). La validez también ha sido probada encontrándose acuerdos satisfactorios entre los reportes de los pacientes, reportes colaterales y eventos relacionados con el alcohol registrados oficialmente.

Con la finalidad de corroborar los datos obtenidos de los autorreportes del sujeto, generalmente se recurre a tantas fuentes como sea posible: reportes colaterales mediante entrevistas realizadas a personas cercanas a éste (como pueden ser el cónyuge, familiares, amigos, vecinos); registros oficiales (de arresto, hospitalización, infracciones de conducir etc.); reportes de personal de las empresas; pruebas de aliento; pruebas periódicas del funcionamiento del hígado (para medir episodios recientes de consumo fuerte) y cualquier otra medida de valor para un estudio específico (Sobell y Sobell, 1981; Sobell, Sobell, Leo y Cancillas, 1988; Sobell y Sobell, 1990).

Recientemente se ha desarrollado la automatización de la colección de datos mediante la computadora, obteniéndose las siguientes ventajas: que los cuestionarios pueden ser autoadministrados, se evita que el sujeto emita respuestas de tipo convencional (respuestas abiertas) y se propicia la generación de una base de datos que puede utilizarse para diseños experimentales o cuasiexperimentales (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989b).

El uso de los marcadores biológicos es un medio útil de obtención de datos, que puede emplearse conjuntamente con los autoreportes, reportes de informantes colaterales y registros oficiales; algunos de ellos son los que a continuación se mencionan (op. cit.):

- *Parche de sudor, el cual es aplicado en la piel y no se puede remover sin dejar marca.*
- *Medición del incremento de las enzimas en el hígado.*
- *Medición del volumen corpuscular medio de células rojas en la sangre, el cual se incrementa con el consumo excesivo independientemente del daño en el hígado.*
- *Medición de los niveles de alta densidad de colesterol lipoproteínico, los cuales presentan un incremento durante el consumo excesivo de alcohol, regresando a niveles de normalidad en una o dos semanas después de la abstinencia.*

- *Medición de los niveles de la plaqueta monoamino-oxidasa, la cual se encuentra decrementada en los alcohólicos.*

Cuando ocurren episodios de consumo de alcohol su presencia es detectable en la sangre, orina, sudor y aliento. Sin embargo resulta difícil la utilización de estos indicadores para pruebas de alcohol debido a que después de la ingesta dicha sustancia es eliminada en un lapso relativamente corto. De esta manera el resultado positivo de las pruebas indica que el consumo ocurrió ese día pero esto no denota el uso crónico del alcohol (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989b; Longabaugh, 1989).

Así, algunos investigadores mencionan que la recolección de datos integrales en el pretratamiento referentes al funcionamiento de los sujetos es importante y proporciona las siguientes ventajas (Sobell y Sobell, 1981; Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989b):

- *Para especificar las causas subyacentes del abuso del alcohol.*
- *Para identificar claramente el patrón de consumo de la población de sujetos, lo cual es crítico para la interpretación de resultados y generalización de los descubrimientos.*
- *La información obtenida puede utilizarse como línea base y como predictor de conducta futura.*

- *Permite medir niveles diferenciales de deterioro en el pretratamiento. Dicha información puede compararse con la obtenida en el postratamiento lo cual permitiría la evaluación de la cantidad de cambio durante el tratamiento.*

- *La consideración de este tipo de medidas permite evaluar aquellas variables asociadas con el funcionamiento exitoso del sujeto. Esta evaluación resulta fundamental para la proyección del tratamiento individualizado que tiene como base la identificación de apareamiento entre las características o necesidades del sujeto y las intervenciones de tratamiento específicas.*

En el caso de alcohólicos crónicos y abusadores de alcohol menos crónicos, es recomendable utilizar un período retrospectivo de 12 meses de pretratamiento para evaluar en forma apropiada la conducta del consumo de alcohol y otras variables de vida salud (Sobell y Sobell, 1981; Sobell y Sobell, 1992).

Una vez iniciado el tratamiento, mediante la identificación, reporte y preferentemente medición de todos sus componentes se puede saber que variables han contribuido al mejoramiento, ausencia de cambio o deterioro del sujeto (Sobell y Sobell, 1981). Algunas de las variables que pueden influir en los resultados del tratamiento son: las relacionadas con el paciente que se refieren a aquellas características físicas o personales como por ejemplo la edad, el sexo, capacidad intelectual, motivación y la posible existencia de trastornos orgánicos etc.; las variables relacionadas con el terapeuta como pueden ser sus características personales y sociales, nivel de entrenamiento o especialización, experiencia clínica, predilecciones y principios

éticos; variables relacionadas con el medio en que se administra el tratamiento como por ejemplo si la intervención se realizará en forma privada, auspiciado por la seguridad social u hospitalización; por último, las variables relacionadas con el medio físico y social del sujeto, como puede ser vivienda, lugar de residencia, empleo, situación económica, relaciones familiares, posible cooperación de algún familiar en el tratamiento etc. (Fernández y Carrobles, 1983).

Con la finalidad de que los sujetos puedan ser mejor apareados con los tratamientos, es necesario conocer cuales son las intervenciones efectivas para cierto tipo de bebedores de acuerdo con su dependencia al alcohol (Sobell y Sobell, 1981).

Al estudiar la población es importante incluir a la totalidad de los pacientes que entran a tratamiento y no solo a quienes lo completan, esta práctica proporciona información de como optimizar la metodología de tratamiento (Sobell y Sobell, 1981; Longabaugh, 1989), ya que la consideración de la deserción durante el tratamiento proporciona un índice crítico de la aceptación del tratamiento por los pacientes, lo cual constituye un dato fundamental en la comparación de resultados de tratamiento (Longabaugh y Lewis, 1988).

Holder y Blose (1992) comentan que los efectos y, los beneficios son términos en base a los cuales puede realizarse la evaluación de tratamiento de alcoholismo; entendiéndose por efectos los cambios que presenta el sujeto en su conducta de beber, mientras que los beneficios se orientan hacia indicadores sociales producto de los cambios en el consumo de los alcohólicos y que son frecuentemente definidos en términos del ingreso económico, beneficio social o costos de cuidado salud.

El consumo de alcohol es sin lugar a dudas una conducta clave en la medición de eficacia del tratamiento, adicionalmente es conveniente evaluar otros aspectos de la vida salud, así como el conocer las relaciones temporales entre varios aspectos de resultado de tratamiento. Todas estas mediciones debieran contar con las siguientes características psicométricas: a) definidas operacionalmente, b) cuantificables y continuamente definidas, c) confiables y d) válidas (Sobell y Sobell, 1981).

Este tipo de información puede ser útil en el estudio de los antecedentes de una recaída. También resulta trascendente el considerar la medición del funcionamiento cognoscitivo y valorar los cambios postratamiento en el funcionamiento neuropsicológico en relación al consumo de alcohol. Además es recomendable la medición del consumo de otras drogas (prescritas o no prescritas), ajuste vocacional, severidad del problema psicológico, relaciones interpersonales, conducta criminal, beneficios como la información adquirida de la observación de las consecuencias negativas del beber, mejoras en el ajuste psicológico y cambios de actitud hacia el alcohol (Sobell y Sobell, 1981; Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989b; Longabaugh, 1989).

En relación a lo anteriormente expuesto, Longabaugh y Lewis (1988) proponen la consideración de los siguientes indicadores en la evaluación de resultados de tratamiento:

- *El bienestar personal del paciente, debido a que éste espera sentirse mejor a cerca de si mismo y de su vida como consecuencia del tratamiento. Cuando esto no sucede la recaída es más probable que ocurra.*

- *El desempeño del paciente en diversos roles, tales como: miembro de una familia, amigo, trabajador y ciudadano; lo cual tiene impacto en la percepción de efectividad del tratamiento.*

- *El conocimiento de la salud física del paciente previa al tratamiento, es muy importante para evaluar los efectos del tratamiento tanto en el consumo de alcohol como en los problemas físicos potencialmente no relacionados.*

Recientemente se han desarrollado un gran número de instrumentos de medición del proceso de tratamiento, calidad y resultado, con la finalidad de contribuir a una estimación más precisa de las características de los clientes, intervenciones terapéuticas, escenarios del programa y variables ambientales que intervienen en el éxito o fracaso del tratamiento. Mediante la aplicación de tales instrumentos es posible evaluar aspectos como los siguientes: intensidad y duración de los servicios recibidos, el tipo de modalidad del tratamiento, personalidad y habilidades del terapeuta, características del escenario, capacidad del personal de apoyo que interviene en el programa, integridad con la cual el tratamiento fue administrado, el surgimiento de alianzas a nivel de terapeutas o a nivel paciente terapeuta y la atmósfera general del programa de acuerdo a como fue experimentada por los pacientes. Estos instrumentos incluyen inventarios facilitadores, que proporcionan una evaluación cuantitativa de las propiedades estructurales del programa, formas de apreciación del cliente que son empleadas para la medición de aspectos cualitativos de los servicios que son administrados y escalas de apreciación diseñadas para el entrenamiento de los observadores que permitan la identificación de rasgos únicos de la terapia (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989b).

La mayoría de los estudios acerca de datos de resultados de tratamiento de alcohol obtienen su información mediante una entrevista de seguimiento, la cual se realiza varios meses o años después de terminada la intervención. Esta forma de obtención de información presenta dos grandes problemas (Sobell y Sobell, 1981):

- Cuando el intervalo es muy prolongado a partir del momento de finalización del tratamiento hasta el inicio del seguimiento se hace difícil la localización de todos los sujetos de un estudio, y un número elevado de deserción puede afectar las conclusiones del resultado.
- Cuando los intervalos de seguimiento son muy largos esto puede provocar que el sujeto sea incapaz de responder en forma aguda acerca de eventos y conductas precisas.

Una alternativa de solución es que los contactos de seguimiento se programen frecuentemente permitiendo así la recolección de datos más precisos, como pueden ser reportes diarios de consumo de etanol, mediciones de otras variables de vida salud. De esta manera también se facilita la oportunidad de desarrollar "rapport" con los sujetos animándolos así a reportar en forma más exacta. Además es factible la corroboración de datos con reportes colaterales y la posterior confrontación con el sujeto, de modo que el sujeto es "presionado" para ofrecer autoreportes más válidos. De todo esto se obtienen datos de resultados más sensibles y completos y se evita la deserción de los sujetos (op. cit.).

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

Diversas investigaciones indican que cuando se trata de grupos, un intervalo de 18 meses de postratamiento ofrece datos que demuestran un funcionamiento estable; mientras que los datos para sujetos individuales siguen mostrando cierta variabilidad aún después de dicho período (op. cit.).

Acerca de los intervalos de evaluación de programas externos de tratamiento de alcohol, resulta difícil la definición de una fecha específica de terminación ya que los límites del tratamiento formal no están claramente establecidos. Es importante considerar que debido a que este tipo de pacientes se desenvuelve en su ambiente natural, su funcionamiento no está protegido o restringido como es el caso de los pacientes que se encuentran internados, de tal forma, que para los pacientes externos el seguimiento debería programarse en el momento en que los sujetos entran a tratamiento. Así los datos del seguimiento podrían ser utilizados para determinar que tipo de factores extratratamiento interfieren con el beneficio del tratamiento y de como puede éste ser modificado para neutralizar dichos factores (op. cit.).

2.3 CRITERIOS DE EVALUACION.

Después de revisar los aspectos metodológicos de la evaluación de tratamientos de consumo excesivo de alcohol, se realizará una revisión de la aplicación de dicha metodología, en las publicaciones científicas sobre estudios de resultados de tratamiento.

Los criterios utilizados en la presente investigación documental se derivan del artículo "ALCOHOL TREATMENT OUTCOME EVALUATION METHODOLOGY: STATE OF THE ART 1980-1984" de Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens (1987); por considerarse como los más importantes (por los autores de este estudio), se seleccionaron los siguientes criterios de evaluación con sus respectivas variables:

Características del tratamiento

Variables medidas

- 1) Descripción del escenario del tratamiento:
Disposición del tratamiento en pacientes internos.
Disposición del tratamiento en pacientes externos.
Disposición del tratamiento en pacientes internos/externos.
- 2) Descripción de la orientación del tratamiento:
Tratamiento Multimodal.
Tratamiento Conductual.
- 3) Descripción de la cantidad de tratamiento.

- 4) *Cifras reportadas de reducción del grupo antes o durante el tratamiento.*
- 5) *Antecedentes o entrenamiento del personal.*

Fuentes de recopilación de datos de los resultados

Variables medidas

- 1) *Autoreportes.*
- 2) *Reportes colaterales.*
- 3) *Reportes oficiales.*
- 4) *Pruebas de aliento alcohólico.*
- 5) *Pruebas fisiológicas (por ejemplo funcionamiento del hígado, uroanálisis, etc.).*
- 6) *Reportes del personal.*

Procedimientos empleados en el seguimiento y forma de reportar resultados del tratamiento

Variables medidas

- 1) *Reporte de la duración del intervalo de seguimiento.*
- 2) *Reporte de la reducción de la muestra durante el seguimiento.*
- 3) *Porcentaje de sujetos encontrados para el seguimiento, incluyendo sujetos muertos.*
- 4) *Reporte de datos de resultados de todo el intervalo de seguimiento.*
- 5) *Intervalo más largo de seguimiento, cualquier estudio en la revisión.*
- 6) *Reporte de intervalos de seguimiento con la misma duración.*

- 7) *Reporte del número de contactos programados en el seguimiento.*
- 8) *Reporte del número de contactos realizados en el seguimiento.*
- 9) *Seguimiento trasladado con el tratamiento durante su evaluación.*
- 10) *Reporte de análisis estadístico.*

Medición de resultados de consumo de alcohol

VARIABLES MEDIDAS

- 1) *Si reportaron datos.*
- 2) *Usaron medidas cuantificables, continuas del consumo de alcohol.*
- 3) *Usaron el consumo de alcohol como única medida de resultado.*
- 4) *Reportaron por lo menos una medida de no consumo de alcohol.*
- 5) *Usaron como meta de tratamiento la abstinencia total.*
- 6) *Usaron como meta de tratamiento la abstinencia esencial.*
- 7) *Usaron como meta de tratamiento el no tener problemas de consumo de alcohol (consumo controlado).*

Entre las diversas posibilidades metodológicas referentes a los aspectos de evaluación sobresale por sus características el enfoque conductual, puesto que permite la continua valoración de la conducta del beber a través de un proceso dinámico y objetivo.

La aplicación práctica de la evaluación conductual en el campo del alcoholismo proporciona elementos para identificar la

conducta problema, conocer las variables que la determinan y la mantienen, así como las variables relacionadas a la misma; lo cual hace posible seleccionar adecuadamente los componentes del tratamiento de acuerdo a las características específicas de cada sujeto. Además de permitir la evaluación de los resultados parciales durante la intervención y detectar las variables que pudieran ser modificadas en caso necesario a lo largo del programa terapéutico.

Otro aspecto que se puede obtener a través de la evaluación conductual es la valoración del resultado de la aplicación del programa de tratamiento y su efecto a largo plazo.

Con base en éstos conceptos se realizará la revisión y análisis de la presente investigación.

CAPITULO 3

REVISION Y ANALISIS DE LA INVESTIGACION DOCUMENTAL

3.1 REVISION DE LOS ESTUDIOS DE INVESTIGACION PUBLICADOS SOBRE RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL DE 1987 A 1992.

Para el desarrollo de la presente investigación, se realizó la búsqueda documental de artículos en la base de datos PsycLit del Centro de Documentación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), utilizando los descriptores:

Alcohol	Treatment	Effectiveness
Evaluation	Assessment	Py-1987-1992

Como resultado de la búsqueda documental se obtuvieron un total de 317 artículos, los cuales fueron sometidos a los siguientes cinco criterios para su selección: "(1) ser reportados en una publicación científica en el idioma inglés; (2) no centrar su interés principal en estudios de desintoxicación únicamente; (3) con sujetos diagnosticados previamente como consumidores excesivos de alcohol ...; (4) sin considerar casos de estudio ni casos de estudio múltiple; (5) que presenten datos de resultados de tratamiento con un intervalo mínimo ... de 12 meses de seguimiento" (Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens, 1987).

En referencia al criterio (5), se decidió modificar el intervalo mínimo de seguimiento de 12 meses a 3 meses con el propósito de incrementar la muestra del presente trabajo. A pesar

de que el período fue decrementado se considera que de acuerdo a los comentarios de Hunt, Barnett y Branch en 1971, este intervalo de seguimiento permite detectar algunos cambios en el comportamiento de los sujetos como pueden ser las recaídas; las cuales se llegan a precipitar en los tres primeros meses posteriores a la terminación formal del tratamiento (Maisto, O'Farrell, McKay, Connors y Pelcovits, 1989).

Posteriormente, en base a la relación de artículos (n=111) que cubrieron los criterios, se procedió a la localización de los mismos en los acervos culturales de las siguientes instituciones:

Addiction Research Foundation Toronto, Canadá.

Centro de Documentación de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Centro de Integración Juvenil.

Consejo Nacional Contra las Adicciones (C.O.N.A.D.I.C.).

Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. (F.I.S.A.C.).

Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.).

El total de artículos localizados fue de 27, de los cuales, 11 fueron excluidos al ser revisados en su contenido ya que se presentaron diversos casos: encuestas (Rush y EkDahl, 1990; Rosenberg, Melville, Levell y Hodge, 1992; Perkins, 1992), no eran estudios de evaluación de resultados de tratamiento (Heok

et al., 1990; Keso y Salaspuro, 1990a; Keso y Salaspuro, 1990b; Kranzler, Dolinsky y Kaplan, 1990), revisión documental de dos tipos de tratamiento (Hall y Heather, 1991), examen de la efectividad de la hipnosis como técnica en el tratamiento de conductas adictivas (Miller, 1991), con orientación a la reducción de costos de cuidado salud (Holder y Blose, 1992) y factores que contribuyeron al mantenimiento de la sobriedad en sujetos que concluyeron un seguimiento de dos años (Maisto, O'Farrell, McKay, Connors y Pelcovits, 1989).

Finalmente se consideraron 16 estudios para ser analizados; el tamaño total de la muestra comprendió 1,440 sujetos; el país en donde se realizó la mayoría de las investigaciones fue Estados Unidos con un 62.5%, en Canadá y el Reino Unido se llevaron a cabo el 12.5%, mientras que a otros países como Australia y Nueva Zelanda les correspondió el 6.2% respectivamente. En lo que concierne a publicaciones, el 31.2% de los estudios fue encontrado en el *Journal of Studies on Alcohol*, el 18.7% en el *British Journal of Addiction* y el 50% se localizó en otras ocho diferentes revistas (*Psychological Reports*, *Journal of Personality and Social Psychology*, *Journal of Abnormal Psychology*, *British Journal of Psychiatry*, *Journal of Nervous and Mental Disease*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *Drug and Alcohol Dependence* y *Psychology of Addictive Behaviors*). El número de artículos publicados por año fue: 1987 n=2; 1988 n=2; 1989 n=3; 1990 n=6 y 1991 n=3.

El resumen perteneciente a cada artículo se encuentra en el Apéndice A en orden alfabético por autor.

A continuación se presentan cuatro Tablas de análisis, que comprenden cada uno de los criterios de evaluación previamente

descritos en el Capítulo 2 apartado 2.3, con sus respectivas variables. A cada artículo le fue asignado un número, el cual corresponde al mismo orden de presentación del Apéndice A.

Tabla 3.1 CARACTERISTICAS DEL TRATAMIENTO.

VARIABLES	ARTICULOS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 DESCRIPCION DEL ESCENARIO DEL TRATAMIENTO, EN PACIENTES INTERIORS (I) O EXTERIORS (E).	E	E	I	I	I	E	I	I	I	E	E	E	I	I	I	I
2 DESCRIPCION DE LA ORIENTACION DEL TRATAMIENTO; MULTIMODAL (M) O CONDUCTUAL (C).	M	C	C			C	C		C	C	C	C	C	C	C	M
3 DESCRIPCION DE LA CANTIDAD DE TRATAMIENTO.	M	M	M			M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
4 CITAS REPORTADAS DE REDUCCION DEL GRUPO ANTES O DURANTE EL TRATAMIENTO.	M	M	M			M	M	M	M	M	M					M
5 ANTECEDENTES O ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL.	M	M						M	M	M	M	M	M	M	M	M

Tabla 3.2 FUENTES DE RECOPIACION DE DATOS DE LOS RESULTADOS.

VARIABLES	ARTICULOS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 AUTOREPORTES.	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
2 REPORTES COLATERALES.		M	M	M		M	M	M		M	M					
3 REPORTES OFICIALES.																
4 PRUEBAS DE ALIENTO ALCOHOLICO.				M	M	M				M						M
5 PRUEBAS FISIOLOGICAS (POR EJEMPLO FUNCIONAMIENTO DEL HIGADO, UPRANALISIS, ETC.).							M					M				M
6 REPORTES DEL PERSONAL.																

Tabla 3.3 PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.

VARIABLES	A R T I C U L O S															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 REPORTE DE LA DURACION DEL INTERVALO DE SEGUIMIENTO.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
2 REPORTE DE LA REDUCCION DE LA MUESTRA DURANTE EL SEGUIMIENTO.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
3 PORCENTAJE DE SUJETOS ENCONTRADOS PARA EL SEGUIMIENTO, INCLUYENDO SUJETOS MUERTOS.	82X	88X	86X	88X	98X	73X	83X	86X	100X	77X	88X	84X	83X	100X	98X	100X
4 REPORTE DE DATOS DE RESULTADOS DE TODO EL INTERVALO DE SEGUIMIENTO.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
5 INTERVALO MAS LABO DE SEGUIMIENTO, CUALQUIER ESTUDIO EN LA REVISION. (DATOS EN MESES)	6	12	3	24	120	12	42	18	6	6	2	12	20	12	3	3
6 REPORTE DE INTERVALOS DE SEGUIMIENTO CON LA MISMA DURACION.						*								*		
7 REPORTE DEL NUMERO DE CONTACTOS PROGRAMADOS EN EL SEGUIMIENTO.	2	3	1	3	2	4	3	2	1	1	1	3	1	2	1	4
8 REPORTE DEL NUMERO DE CONTACTOS REALIZADOS EN EL SEGUIMIENTO.	2	3	1	3	2	4	2	2	1	1	1	3	1	2	1	4
9 SEGUIMIENTO TRASLAPADO CON EL TRATAMIENTO DURANTE SU EVALUACION.				*		*										*
10 REPORTE DE ANALISIS ESTADISTICO.	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

Tabla 3.4 MEDICION DE RESULTADOS DE CONSUMO DE ALCOHOL.

VARIABLES	ARTICULOS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 SI REPORTARON DATOS.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
2 USARON MEDIDAS CUANTIFICABLES, CONTINUAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL.	FC	FC	FC	CD	FC	FC	CD	FC	FC	CD	CD	FC	FC	CD	FC	
3 USARON EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO ÚNICA MEDIDA DE RESULTADO.																
4 REPORTARON POR LO MENOS UNA MEDIDA DE NO CONSUMO DE ALCOHOL.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
5 USARON COMO META DE TRATAMIENTO LA ABSTINENCIA TOTAL.		N	N				N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
6 USARON COMO META DE TRATAMIENTO LA ABSTINENCIA ESENCIAL.				N												
7 USARON COMO META DE TRATAMIENTO EL NO TENER PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL (CONSUMO CONTROLADO).	N						N					N	N	N	N	N

FRECUENCIA/CANTIDAD (FC). CONSUMO DIARIO (CD).

3.2 ANALISIS Y DESCRIPCION DE LOS ESTUDIOS DE INVESTIGACION PUBLICADOS SOBRE RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL DE 1987 A 1992.

Con respecto a las variables de las características de tratamiento, la Tabla 3.5 nos muestra que el 100% de los estudios reportaron el escenario del tratamiento; en donde predominó el internamiento con un 43.7%, mientras que el 37.5% de los estudios se realizó en forma externa y el 18.7% fue interno/externo, lo cual se refiere, a los estudios que incluían un componente de post cuidado/externo posterior a un tratamiento de internamiento, o bien a aquellos estudios en los que algunos sujetos recibieron tratamiento de internamiento y otros intervención externa.

Cabe señalar que de los 16 artículos analizados, 10 se llevaron a cabo en Estados Unidos, de los cuales el 70% manejó por lo menos un componente de internamiento.

Un 75% de los estudios revisados reportaron la descripción de la orientación del tratamiento; de los cuales el 83.3% resultó ser conductual, aquí se consideraron aquellos tratamientos que presentaban un componente conductual o en los que por lo menos un grupo de sujetos era tratado bajo esta técnica. El 16.6% de los estudios fue clasificado como multimodal, entendiéndose como tal la combinación de diferentes componentes de tratamiento como por ejemplo Alcohólicos Anónimos, consejo educacional, recreacional y terapia de familia. Las definiciones de la orientación del tratamiento son las mencionadas por Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens (1987).

Para la variable de descripción de la cantidad de tratamiento, se encontró que el 87.5% de los estudios reportó datos. En este aspecto se observó que la forma de presentar la información fue muy variada, lo cual dificulta el obtener datos uniformes que permitan la comparación entre estudios. En algunos casos se encontró que la cantidad de tratamiento estaba definida en términos de número de sesiones promedio por grupo, en otros mas en número de semanas o bien en número de horas.

Las cifras reportadas de reducción del grupo antes o durante el tratamiento se presentaron en un 50% de los artículos.

El 56.2% de las investigaciones mostraron datos con respecto a los antecedentes o entrenamiento del personal involucrado; observándose la participación predominante de profesionales como psicólogos, psiquiatras, médicos internistas y trabajadores sociales.

Tabla 3.5 Características del tratamiento.

Variables	Porcentajes
1 Descripción del escenario del tratamiento.	100
En pacientes internos.	43.7
En pacientes externos.	37.5
En pacientes internos/externos.	18.7
2 Descripción de la orientación del tratamiento.	75
Tratamiento multimodal.	16.6
Tratamiento conductual.	83.3
3 Descripción de la cantidad de tratamiento.	87.5
4 Cifras reportadas de reducción del grupo antes o durante el tratamiento.	50
5 Antecedentes o entrenamiento del personal.	56.2

En la Tabla 3.6 se presenta el porcentaje de los estudios que emplearon las diversas fuentes de recopilación de datos de los resultados. Puede observarse que los autoreportes constituyen el medio de obtención de información mayormente utilizado, lo cual ocurrió en el 93.7% de los casos, mientras que la frecuencia de aplicación de los reportes colaterales, las pruebas de aliento alcohólico y las pruebas fisiológicas representan el 50%, 31.2% y el 18.7% respectivamente.

Cabe mencionar que de los estudios que utilizaron autoreportes el 53.3% recurrió al uso de reportes colaterales.

Por otro lado, del total de estudios de la muestra, el 18.7% (n=3) emplearon solamente una fuente de recopilación de datos; el 75% (n=12) empleó dos fuentes y únicamente el 6.2% (n=1) obtuvo su información de cuatro fuentes diferentes.

Tabla 3.6 Fuentes de recopilación de datos de los resultados.

Variables	Porcentajes
1 Autoreportes.	93.7
2 Reportes colaterales.	50
3 Reportes oficiales.	0
4 Pruebas de aliento alcohólico.	31.2
5 Pruebas fisiológicas (por ejemplo funcionamiento del hígado, uroanálisis, etc.).	18.7
6 Reportes del personal.	0

La información acerca de los procedimientos empleados en el seguimiento y forma de reportar resultados del tratamiento se

muestra en la Tabla 3.7. Observándose que en el 100% de los estudios se reportó la duración del intervalo de seguimiento. El 93.7% de los artículos presentó datos en referencia a la reducción de la muestra durante el seguimiento. Cabe señalar que en esta variable se consideró a los sujetos perdidos en el seguimiento, aquellos que fueron localizados pero que se negaron a proporcionar información, o para quienes los datos de seguimiento fueron insuficientes.

El porcentaje de sujetos encontrados para el seguimiento, incluyendo sujetos muertos, de cada uno de los artículos analizados se muestra en la Tabla 3.3, y por otro lado en la Tabla 3.7 se presenta el promedio de porcentajes reportados, el cual constituye el 86.3%.

En lo referente al reporte de datos de resultados de todo el intervalo de seguimiento se encontró que el 100% de los estudios proporcionó la información correspondiente.

El siguiente aspecto analizado se refiere al intervalo más largo de seguimiento, el cual fue de 120 meses; por otro lado puede observarse en la Tabla 3.7 que el 12.5% de los artículos utilizó intervalos de seguimiento con la misma duración.

El 100% de las investigaciones reportó el número de contactos programados en el seguimiento, al igual que el número de contactos realizados. La mayoría de los estudios (93.7%) cubrió el número de contactos que tenían programados, la excepción fue el caso de una investigación que reportó la programación de tres contactos y que realizó únicamente dos, lo cual fue debido a problemas administrativos.

El traslape del seguimiento con el tratamiento durante su evaluación se presentó en un 18.7%.

Con respecto a la última variable de la Tabla 3.7, se encontró que el 100% de las investigaciones, utilizó el análisis estadístico para delinear conclusiones de resultados de tratamiento.

Tabla 3.7 Procedimientos empleados en el seguimiento y forma de reportar resultados del tratamiento.

<i>Variables</i>	<i>Porcentajes</i>
<i>1 Reporte de la duración del intervalo de seguimiento.</i>	<i>100</i>
<i>2 Reporte de la reducción de la muestra durante el seguimiento.</i>	<i>93.7</i>
<i>3 Porcentaje de sujetos encontrados para el seguimiento, incluyendo sujetos muertos.</i>	<i>86.3 (73-100)</i>
<i>4 Reporte de datos de resultados de todo el intervalo de seguimiento.</i>	<i>100</i>
<i>5 Intervalo más largo de seguimiento, cualquier estudio en la revisión.</i>	<i>120 meses</i>
<i>6 Reporte de intervalos de seguimiento con la misma duración.</i>	<i>12.5</i>
<i>7 Reporte del número de contactos programados en el seguimiento.</i>	<i>100</i>
<i>8 Reporte del número de contactos realizados en el seguimiento.</i>	<i>100</i>
<i>9 Seguimiento traslapado con el tratamiento durante su evaluación.</i>	<i>18.7</i>
<i>10 Reporte de análisis estadístico.</i>	<i>100</i>

En la Tabla 3.8 se muestran los porcentajes de la medición de resultados de consumo de alcohol para cada una de las variables; observándose que el 100% de la muestra reportó datos de medición de consumo de alcohol; predominando como forma de evaluación la frecuencia/cantidad con un 62.5% (n=10); mientras que el 37.5% (n=6) empleo el consumo diario para evaluar la ingesta.

Los 16 estudios analizados reportaron por lo menos una medida de no consumo de alcohol (vida salud), entre las que destacaron: evaluación del funcionamiento familiar, social, laboral, de bienestar físico y aspectos psicológicos.

En cuanto a la definición de meta de tratamiento se manejaron tres alternativas: la abstinencia total, que se refiere al consumo de alcohol manifestado explícitamente en cada uno de los artículos referidos; la abstinencia esencial, definida por los autores de cada estudio, en donde los sujetos pudieron haberse visto involucrados en episodios de consumo leve o bien de consumo fuerte a través del intervalo de seguimiento; y por último, el no tener problemas de consumo de alcohol también llamado consumo controlado. Los porcentajes obtenidos para cada una de las tres variables mencionadas son: 75% (n=12), 6.2% (n=1) y 37.5% (n=6) respectivamente. Cabe señalar que en dos investigaciones no se identificó ninguna de estas alternativas. Mientras que en cinco investigaciones se utilizaron simultáneamente la abstinencia total y el consumo controlado.

Tabla 3.0 Medición de resultados de consumo de alcohol.

<i>Variables</i>	<i>Porcentajes</i>
1 <i>Sí reportaron datos.</i>	100
2 <i>Usaron medidas cuantificables, continuas del consumo de alcohol.</i>	100
<i>Frecuencia/Cantidad.</i>	62.5
<i>Consumo diario.</i>	37.5
3 <i>Usaron el consumo de alcohol como única medida de resultado.</i>	0
4 <i>Reportaron por lo menos una medida de no consumo de alcohol.</i>	100
5 <i>Usaron como meta de tratamiento la abstinencia total.</i>	75
6 <i>Usaron como meta de tratamiento la abstinencia esencial.</i>	6.2
7 <i>Usaron como meta de tratamiento el no tener problemas de consumo de alcohol (consumo controlado).</i>	37.5

CAPITULO 4

DISCUSION

4 DISCUSION.

Los datos obtenidos en la presente investigación documental señalan, que casi la mitad de los artículos analizados utilizaron escenarios de internamiento, lo cual coincide con los resultados reportados por Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens en 1987; este panorama puede deberse a las grandes facilidades que ofrece dicho tipo de escenario, o bien a que muchos investigadores trabajan en hospitales.

Es pertinente señalar, que este predominio del internamiento, se presenta aún cuando existen estudios que prueban que el tipo de escenario no tiene influencia trascendente en los resultados del tratamiento y que los programas de internamiento no son más efectivos que los programas breves, de internamiento parcial o externos (Holden, 1987; Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens, 1987).

En relación a la descripción de la orientación del tratamiento, se aprecia que en una cuarta parte de las investigaciones no se detectó esta información, lo cual puede atribuirse en algunos casos, a que los datos detallados de esta fase de la intervención se encontraban en publicaciones previas que no fueron consultadas en la presente revisión; en otros casos, no se identificaron los datos correspondientes porque existió una carencia de los mismos.

Por otro lado, en aquellos estudios que reportaron la orientación terapéutica, se obtuvo un predominio de los

tratamientos conductuales, debido a que en su esquema conceptual se programa la evaluación de manera paralela al tratamiento. Es interesante observar que a pesar de que los escenarios de internamiento fueron los más frecuentemente utilizados, la mayor parte de las intervenciones presentó por lo menos un componente conductual.

La fuente de recopilación de datos de los resultados de tratamiento más frecuentemente usada está integrada por los autoreportes, mientras que los reportes colaterales ocupan el segundo lugar en frecuencia de uso; el empleo de las demás fuentes dependió de la naturaleza de cada una de las investigaciones, resaltando el hecho de que existe una preocupación por parte de los investigadores, en cuanto a la utilización de fuentes múltiples de recopilación de datos de resultados, con el fin de asegurar una mayor validez de la información.

Acerca de los procedimientos empleados en el seguimiento se aprecia que hay una mayor estructuración, programación y control en la metodología aplicada, ya que al comparar los datos de la presente investigación con los resultados mostrados por Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens en 1987, se nota un incremento en el porcentaje de las siguientes variables: reporte de la reducción de la muestra durante el seguimiento; porcentaje de sujetos encontrados para el seguimiento, incluyendo sujetos muertos; reporte de datos de resultados de todo el intervalo de seguimiento; reporte del número de contactos programados en el seguimiento y por último, en la utilización de análisis estadístico para el delineamiento de conclusiones.

En cuanto a la medición de resultados de consumo de alcohol es evidente la importancia que tiene la evaluación directa de dicho consumo, sin embargo como la ingesta inmoderada se considera un fenómeno multicausal, se ha empleado con mayor frecuencia otro tipo de medidas que abarcan diversos aspectos del funcionamiento vida salud del individuo; de la misma manera, se utiliza la evaluación de dichos factores asociados como predictores de éxito en el tratamiento.

Ahora bien, en la definición de la meta de tratamiento predominó la abstinencia total como objetivo de intervención más usual, observándose que en algunos casos se combinó con la meta alternativa de consumo controlado.

Un aspecto que pudo observarse en varios artículos fue la inconsistencia en la forma de presentar la información, razón por la cual la detección de los datos resultaba ser poco accesible y en algunos casos favorecía la inferencia.

Por otro lado, se encontró que en la mayoría de las investigaciones se presentaba la información de los datos de los resultados del pretratamiento y del tratamiento, haciendo posible la comparación objetiva de ambas etapas con el seguimiento para la generación de conclusiones. Sin embargo, en lo que concierne a las características de los componentes de las etapas mencionadas, la información resultó deficiente.

Ahora bien, en cuanto a la localización de los artículos en los acervos culturales de México, se encontró la limitante de que dichas instituciones no cuentan con todas las revistas que se solicitaban o que no estaban actualizadas hasta el año de 1992;

esta última situación también se presentó al momento de realizar la búsqueda en la base de datos PsycLit.

Para la realización de futuras investigaciones sobre esta línea, resultaría conveniente consultar las publicaciones previas mencionadas por los autores de las mismas, lo cual proporcionaría un panorama más amplio del tema. También sería recomendable el considerar las características de la población (edad, sexo, educación, status marital, magnitud de los problemas del consumo excesivo de alcohol, funcionamiento cognoscitivo, etc.) y el analizar medidas de no consumo de alcohol (salud física, aspectos vocacionales, familiares, social recreacional, legal, emocional, etc.).

En lo que concierne a publicaciones sobre alcoholismo, un punto muy importante es el que corresponde a los editores de revistas especializadas, quienes podrían favorecer el establecimiento de standards mínimos para el reporte de los estudios de seguimiento, haciendo posible la comparación de la eficacia de los tratamientos.

En resumen, los avances y dificultades detectados en el presente trabajo al ser comparados con la investigación de Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens en 1987 son los siguientes: a) escasa información tanto del tratamiento proporcionado como de los antecedentes o entrenamiento del personal involucrado; b) se mantiene la tendencia hacia el uso de autoreportes como fuente principal de recopilación de datos de resultados y se nota un incremento en la utilización de fuentes complementarias (reportes colaterales, pruebas de aliento y pruebas fisiológicas); c) se incrementa la utilización de formatos que reportan el número de sujetos encontrados para el seguimiento, incluyendo sujetos

mueritos, así como el número de contactos programados y realizados en la etapa de seguimiento, presentándose un incremento en el número de estudios que reportaron muerte experimental durante el seguimiento; d) aumento en la utilización de análisis estadísticos para el delineamiento de las conclusiones; e) en relación al grado de exactitud con el que se reporta la cuantificación del consumo de alcohol, se observa un avance importante, ya que la totalidad de las investigaciones aplican los criterios de frecuencia-consumo o bien consumo diario, dejando por completo en desuso la utilización de categorías rudimentarias (mejor, peor, igual); f) acerca del empleo de medidas de no consumo de alcohol, es importante señalar que el avance ha sido positivo ya que la evaluación multivariada se presentó en todos los estudios revisados; g) se mantiene la inconsistencia en la forma de reportar la información, lo cual dificulta la comparación entre estudios; detectándose lo mismo en lo que concierne a la efectividad de los tratamientos.

Si bien, puede concluirse que los aspectos metodológicos en la evaluación de resultados de tratamientos de consumo excesivo de alcohol han mejorado en los años recientes, se considera que aún existe una extensa labor que puede realizarse mediante la participación conjunta de investigadores y editores de revistas científicas para conformar lo que a corto plazo pudiese dar inicio a una tradición evaluativa que permita a los clínicos e investigadores en el campo: a) cuantificar con precisión el consumo de alcohol; b) desarrollar una metodología que pueda ser utilizada en otras áreas de investigación, como la farmacología clínica y la epidemiología; c) realizar investigación sobre las posibles fuentes de información (autoreportes, registros oficiales, etc.) con base en una evidencia convergente, coadyuvando de esta manera al desarrollo de programas de tratamiento efectivos para reeditar finalmente en la solución del problema de la ingesta inmoderada de alcohol.

G L O S A R I O

ACULTURACION: Proceso en el que el individuo aprende las pautas conductuales de un grupo dado, con lo cual queda capacitado para convivir satisfactoriamente con los miembros de ese grupo. Adquisición de los elementos culturales de un pueblo por parte de los individuos de otro grupo o cultura.

AFECTIVO: Relativo al afecto o al sentimiento.

ALCOHOL ETILICO: Ampliamente usado en medicina. Su fórmula es C_2H_6O . Se produce al descomponerse la glucosa por la levadura a través de la fermentación originada por el sacaromices que provoca anhídrido carbónico y alcohol. La separación del alcohol se practica por destilación, obteniéndose alcoholes hasta del 90%. Forma parte de las bebidas alcohólicas que pueden ser no destiladas, o sea obtenidas por fermentación como la cerveza y el vino cuyo tanto por ciento de alcohol oscila entre 5 y 20%, y bebidas destiladas o licores que se obtienen por la fermentación de vegetales como son el cognac, el whisky, ginebra, etc. y que contienen hasta un 50% de alcohol.

ALCOHOLEMIA: (De alcohol y el gr. halma, sangre) Presencia de alcohol en la sangre.

ALCOHOLISMO: Enfermedad crónica que se manifiesta por una constante ingestión de alcohol que produce daños en la salud de los tomadores o en su funcionamiento económico y social. Intoxicación por el alcohol. Agudo: embriaguez, trastorno temporal causado por el abuso de bebidas alcohólicas. Crónico: estado producido por el repetido y continuo abuso del alcohol.

AMNESIA ANTEROGRADA: El olvido desvanece el recuerdo de los acontecimientos a medida que se producen. El individuo que la padece es incapaz de retener experiencias actuales que se escapan a medida que las vive. Pérdida de la memoria respecto a ciertos eventos ocurridos después de un momento significativo en el tiempo.

AMNESIA RETROGRADA: Pérdida de la memoria respecto a ciertos eventos ocurridos antes de un momento significativo en el tiempo. Se olvidan los acontecimientos de la vida

pretérita anteriores a la enfermedad que produce la amnesia.

AMNESIA: Alteración de la memoria que consiste específicamente en una disminución de sus funciones.

ANOMALIA CARDIOVASCULAR: Cardiovascular (aparato o sistema) conjunto de órganos -corazón, arterias, venas y capilares- que aseguran la importantísima función de la circulación sanguínea y que, por lo tanto, permiten la nutrición de los diversos tejidos y órganos de nuestra economía. Anomalia se denomina así cualquier situación anatómica o funcional anormal.

ANOREXIA: (O inapetencia) Falta o escasez notable del apetito; puede ser primaria, constitucional o adquirida.

ANTABUSE (DISULFIRAM): Medicamento usado en el tratamiento del alcoholismo. Bloquea el metabolismo normal del alcohol y produce aumento en la concentración sanguínea de acetaldehídos, lo cual ocasiona reacciones muy desagradables, tales como palpitaciones, disnea, náuseas y vómito.

ASINTOMATICO: Adjetivo. Sin síntomas.

ATAXIA CEREBELOSA: Se diferencia de la ataxia sensitiva por la integridad de la sensibilidad propioceptiva. El cerebelo es un órgano que regula el movimiento muscular, aumentando o disminuyendo el tono de acuerdo con las necesidades del momento y esta regulación afecta a los músculos que directa o indirectamente intervienen en la ejecución de un determinado movimiento. Controla los músculos agonistas y antagonistas y al fallar la función cerebelosa se producen oscilaciones y torpeza en los movimientos, con desplazamiento por exceso o por defecto. Los trastornos se acentúan significativamente al cerrar los ojos y la cabeza se inclina muchas veces hacia el lado enfermo.

ATROFIA TESTICULAR: El testículo fuera de la cavidad escrotal y con el calor de la cavidad abdominal es incapaz de producir espermatozoides y se atrofia, siendo por lo tanto el individuo infecundo.

AUTOCONTROL: Método preconizado en la modificación cognoscitivista de la conducta, para dirigir mediante autoreforzo la propia conciencia y conducta de modo ordinario.

BIBLIOTERAPIA: La lectura empleada como técnica terapéutica.

COAGULACION DE LA SANGRE: Es uno de los mecanismos de que se vale la hemostasia, o sea, el conjunto de fenómenos que se producen merced a los cuales se consigue detener y cohibir los procesos hemorrágicos; la coagulación es el proceso que se produce en la sangre mediante la actuación de las plaquetas adosadas a las heridas que liberan los fermentos activadores de este proceso, en virtud del cual se gelifica la masa sanguínea.

COGNICION: Cualquier proceso por el cual se puede llegar al conocimiento o percatación de un objeto. Término general para referirse a cualquier proceso que permita a un organismo conocer y estar consciente. Incluye actos como percibir, razonar, concebir y juzgar. Asociación estímulo-estímulo hipotética u organización perceptiva del pensamiento que explica las expectativas de un organismo.

COMPULSION: Tendencia de un sujeto afecto de neurosis obsesiva a repetir ciertos actos rituales, carentes de utilidad y de justificación.

CORTICOESTEROIDES: Grupo de hormonas aisladas de la corteza suprarrenal.

DESENSIBILIZACION SISTEMATICA: Técnica de terapia conductual en la que se emplea la relajación muscular profunda para inhibir los efectos de estímulos graduados provocadores de ansiedad. Existen variantes, las cuales emplean estímulos reales en lugar de estímulos imaginarios y varias respuestas que inhiben la ansiedad, diferentes a la relajación.

DISFORIA: Trastorno del humor.

EBRIEDAD: Es un estado de exaltación y sobre excitación psíquica de carácter placentero, producido por sustancias estimulantes de la célula nerviosa cerebral.

EMETINA: Alcaloide de la ipecacuana, que se obtiene por la extracción de la droga o por síntesis consecutiva a la metilación de la cefelina. Posee una acción emética (vomitiva) cuando se administra a dosis elevadas. Por su acción irritante gástrica se utiliza poco por vía oral. Las vías de elección son la subcutánea y la intramuscular.

ESQUIZOFRENIA: Amplio grupo de trastornos, por lo general de proporciones psicóticas, manifestados por desordenes característicos del pensar, el humor y la conducta. Los trastornos del pensamiento están marcados por

alteraciones de la formación de conceptos que pueden llevar a la mala interpretación de la realidad y algunas veces a los delirios y alucinaciones. Los cambios de humor incluyen ambivalencia, constricción, falta de adecuación y pérdida de la empatía con el otro. La conducta puede ser de retirada, regresiva y extravagante.

EVALUACION: Determinación del valor o importancia relativa de una puntuación o fenómeno mediante su valoración o comparación con una norma o criterio.

FEBRICULA: Se denomina así a la temperatura febril que oscila entre los 37-38°; es duración variable y suele presentarse con más frecuencia en la mujer que en el hombre, puede estar causada por numerosas y variadísimas causas.

GENOTIPO: Grupo total de genes recibidos por un individuo al tiempo de la concepción que produce la constitución genética.

GLUCAGON: Hormona secretada por las células Alfa de los islotes pancreáticos de Langerhans. Sustancia de carácter proteico compuesta por 29 aminoácidos que intervienen en la regulación de la glucemia (cantidad de azúcar en la sangre).

HEPATICO: Dícese de cualquier proceso o fenómeno, ya sea fisiológico o patológico que se refiera al hígado.

HEPATOMEGALIA: Es el aumento del tamaño (megalia) del hígado (hepato) que se produce por diversas causas.

HEPATOPATIA: (De Hepato - y el gr. Pathos, enfermedad) Término general para las afecciones del hígado.

HIPNOTERAPIA: Es una forma de psicoterapia en la que el instrumento principal, tanto a nivel de la investigación como a nivel terapéutico, esta constituido por la hipnosis. Tiene indicaciones sobre todo en las neurosis y en las enfermedades psicósomáticas.

HIPOGLUCEMIA: Disminución de la cantidad de glucosa contenida en la sangre. Cuando llega a la proporción de 0.06 a 0.04%. Los síntomas ordinarios son: nerviosidad, hambre, sudor profuso, vértigo y fluxión de la cara; estos síntomas también se dan en el hiperinsulismo.

INSUFICIENCIA RENAL: Trastorno funcional grave de ambos riñones que lesiona severamente su función y que es

consecutivo a procesos patológicos que los daña grave y extensamente.

INSULINA: (De insula) Hormona pancreática, reduce el azúcar sanguíneo y urinario, acción hipoglucémica, y favorece la utilización por el organismo de los hidratos de carbono, además de disminuir los cuerpos cetónicos de la urina.

MALFORMACIONES CRANEOFACIALES: Se denomina malformación a cualquier anomalía congénita de un órgano o región corporal por un trastorno de su desarrollo embrionario. Algunas malformaciones son incompatibles con la vida por lo que el nuevo ser muere al poco de nacer; en cambio, otras malformaciones de órganos no vitales - o vitales pero no graves -, permiten la vida aunque producen un desarrollo anormal de la función del órgano malformado.

NEUROLEPTICOS: Medicamento psicotrópico.

NEUROPATIA: Dícese de cualquier enfermedad nerviosa en general, tanto de naturaleza orgánica como funcional.

NEUROPSICOLOGIA: Corriente de la psicología que investiga las bases del sistema nervioso central en los fenómenos de la conciencia y en la conducta.

NEUROSIS: Mala adaptación emocional que surge de un conflicto inconsciente no resuelto. La ansiedad se siente, ya sea directamente, o modificada por varios mecanismos psicológicos para producir otros síntomas subjetivamente penosos. Se consideran por lo general, menos severos que la psicosis, aunque no siempre menos incapacitantes, porque ellos no manifiestan ni fuerte desorganización de la personalidad, ni distorsión o mala interpretación de la realidad.

NISTAGMO: Espasmo clónico de los músculos motores del globo ocular, que produce movimientos involuntarios de éste en varios sentidos: horizontal, vertical, oscilatorio, rotatorio o mixto.

NOREPINEFRINA: Sustancia fisiológica contenida en las terminaciones de las fibras posganglionares del sistema simpático que permite la transmisión de los impulsos nerviosos desde las fibras a los órganos efectores. Es por lo tanto un mediador químico de la transmisión nerviosa, que también actúa a nivel del Sistema Nervioso Central.

OFTALMOPLEJIA: Parálisis de los músculos del ojo.

PSICOANALISIS: Método de exploración de los diversos procesos y fenómenos de la vida psíquica interna; llamado también freudismo, del nombre del célebre psiquiatra austriaco Freud.

PSICOMOTRICIDAD: Rama de la psicología que se ocupa del estudio de las actividades motoras, sobretodo desde el punto de vista de su provocación y de su relación con las funciones psíquicas. La actividad motora se valora mediante determinados experimentos psicomotores.

PSICOTERAPIA: En sentido lato y genérico es el tratamiento psíquico de las enfermedades, sobre todo de las neuropsíquicas. En sentido más preciso, es aquel método de tratamiento que valiéndose de medios psíquicos intenta modificar o corregir el curso del pensamiento, colorido de los sentimientos y la naturaleza de las reacciones emotivas y evolutivas en aquellos enfermos en los que esta alterada la esfera psíquica.

PSICOTROPICO: Término usado para describir fármacos que tienen una acción especial sobre la psique: ansiolíticos, antidepressivos, antimania y antipsicóticos.

REESTRUCTURACION COGNOSCITIVA: Proceso de modificación de una cognición existente, lo cual indica cambiar el patrón de una cognición.

RETROALIMENTACION: Cualquier tipo de información directa procedente de una fuente externa acerca de los efectos y resultados de la propia conducta.

SINDROME: Conjunto de síntomas que coexisten y se agrupan simultáneamente con bastante frecuencia y por lo general están en relación con una enfermedad etiológicamente bien definida o con un proceso fisiopatológico.

SINTOMATICO: Adjetivo. Con síntomas o signos. Síntoma (symptom) manifestación específica de la condición del paciente, que es índice de un estado anormal físico o mental. Síntoma (del lat. syntoma, y éste de gr. symptoma). Manifestación de una alteración orgánica o funcional apreciable por el médico o pro el enfermo.

STRESS: Voz inglesa que significa esfuerzo, tensión. Sobrecarga impuesta al individuo creando un estado de tensión exagerada. Es stress todo lo que es vivido como sobre carga.

TIAMINA: Vitamina B1.

TRASTORNO OCULOMOTOR: *Relativo a los movimientos del ojo. Nervio motor ocular Vitamina B1.*

TRASTORNOS PSICOTICOS: *Trastorno mental mayor de origen orgánico y emocional en el cual la capacidad individual para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y conducirse de manera adecuada, está deteriorada suficientemente hasta el grado de una seria interferencia con la habilidad para enfrentar las demandas ordinarias de la vida. A menudo se caracteriza por conducta agresiva, humor inapropiado, disminución del control de impulsos y contenido mental anormal, tal como delirios y alucinaciones. El término es aplicable a condiciones con amplio margen de severidad y duración.*

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abrams D. & Niaura, R. (1987). Social learning theory of alcohol use and abuse. In H. Blane & K. Leonard (Eds.) Psychological Theories of Drinking and Alcoholism (pp. 131-180). New York: Guilford.
2. Alatorre, R. J. y Torres, L. H. (1991). Criterios para la elaboración de documentos psicológicos (Traducción selectiva del "Publication Manual of the American Psychological Association"). Facultad de Psicología, Coordinación de Servicios de Apoyo Académico, Centro de Documentación, Universidad Nacional Autónoma de México.
3. Allo, C., Mintzes, B. & Brook, R. (1988). What purchasers of treatment services want from evaluation. Alcohol Health & Research World, 12 (3), 162-167
4. Alterman, A., Kushner, H. & Holahan, J. (1990). Cognitive functioning and treatment outcome in alcoholics. Journal of Nervous and Mental Disease, Aug 178 (8), 494-499
5. Ayala, H. (1993). El curso del alcoholismo: Una visión psicológica. Investigación Psicológica, 3 (1), 5-36
6. Ayala, H. y Cárdenas, G. (1989). Programa de formación e investigación en prevención y tratamiento de alcoholismo. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
7. Ayala, H. y Cárdenas, G. (1991). Formación de especialistas en tratamiento e investigación del consumo de alcohol (Protocolo de investigación). Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
8. Bandura, A. (1969). Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Winston.
9. Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

10. Berruecos, V. L. (1988). El alcoholismo en México: Situación actual y perspectivas. En Velasco, F. R. Alcoholismo: Visión integral (1a Edición) (pp. 74-92). México: Trillas.
11. Bowers, T. & Al-Redha, M. (1990). A comparison of outcome with group/marital and standard/individual therapies with alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 51 (4), 301-309
12. Brown, S., Vik, P., McQuaid, J., Patterson, T., Irwin, M. & Grant, I. (1990). Severity of psychosocial stress and outcome of alcoholism treatment. Journal of Abnormal Psychology, 99 (4), 344-348
13. Campillo, C. (1982). El consumo de alcohol en México desde una perspectiva de salud pública. Salud Mental, 5 (4), 80-83
14. Campillo, C. y Medina-Mora, M. E. (1978). Evaluación de los problemas de investigación sobre el uso del alcohol y drogas (especialmente solventes) en México. Salud Pública de México, 20 (6), 733-743
15. Cárdenas, A. J. (1988). Modelos de atención del alcoholismo desde la perspectiva de la psiquiatría social y comunitaria. En Velasco, R. Alcoholismo: Visión integral (1a Edición) (pp. 403-418). México: Trillas.
16. Chávez, I. y Fernández, C. (1988). Alcohol y sistema cardiovascular. En Velasco, R. Alcoholismo: Visión integral (1a Edición) (p. 308). México: Trillas.
17. Consejo Nacional Antialcohólico (1986). Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Secretaría de Salud.
18. Consejo Nacional Contra las Adicciones (1992-1994). Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas. Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, Secretaría de Salud.
19. Cooney, N., Kadden, R., Litt, M. & Getter, H. (1991). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: two-year follow-up results. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Aug 59 (4), 598-601

20. Criterios para la elaboración de documentos psicológicos (1991). (J. Alatorre y H. Torres, Trad.). México: Facultad de Psicología, UNAM (Traducción selectiva del "Publication Manual of the American Psychological Association").
21. De la Fuente, R. (1987). El alcoholismo y el abuso del alcohol: Visión de conjunto. Salud Mental, 10 (4), 45-51
22. Díaz de León, L., Massó, F. y Ocampo, O. (1988). El alcoholismo en México: situación actual y perspectivas. En Velasco, R. Alcoholismo: Visión integral (1a Edición) (pp. 189-203). México: Trillas.
23. Diccionario terminológico de ciencias médicas (1974). (Undécima edición) Barcelona: Salvat.
24. Division of Mental Health and Behavioral Medicine (1989a). Epidemiology of alcohol-related problems. Prevention and treatment of alcohol problems: Research opportunities report of a study by the committee of the Institute of Medicine. (pp. 31-46) Washington, D. C.
25. Division of Mental Health and Behavioral Medicine (1989b). Issues of assessment, methodology and research design. Prevention and treatment of alcohol problems: Research opportunities report of a study by the committee of the Institute of Medicine. (pp. 149-167) Washington, D. C.
26. Dorsch, F. (1985). Diccionario de psicología. Barcelona: Herder.
27. Elizondo, J. A. (1988). Panorama actual de tratamiento y la rehabilitación de los alcohólicos en México. En Gilbert, J. (Ed.). Alcohol consumption among Mexican and Mexican-American: A bi-national survey (pp. 175-197). UCLA-Spanish Speaking Mental Health Center.
28. Encuesta Nacional de Adicciones (1990). Editado por la Secretaría de Salud y la Dirección General de Epidemiología. 306-334
29. English, B. H. y Oñativia, V. O. (1951). Diccionario manual de psicología (R. Serebriany y L. Ronco, Trad.). Buenos Aires: El Ateneo.

30. Fernández, R. (1983a). Perspectivas históricas de la evaluación conductual. En Fernández, R. y Carrobles, J. Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones (2a Edición) (pp. 31-62). Madrid: Pirámide.
31. Fernández, R. (1983b). Comparaciones entre la evaluación tradicional y la evaluación conductual. En Fernández, R. y Carrobles, J. Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones (2a Edición) (pp. 63-89). Madrid: Pirámide.
32. Fernández, R. y Carrobles, J. (1983). Evaluación versus tratamiento. En Fernández, R. y Carrobles, J. Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones (2a Edición) (pp. 127-154). Madrid: Pirámide.
33. Finney, J. & Moos, R. (1991). The long-term course of treated alcoholism: i. mortality, relapse and remission rates and comparisons with community controls. Journal of Studies on Alcohol, Jan 52 (1), 44-54
34. Frazier, H. S., Campbell, J. R., Marshall, H. M. y Werner, A. (1986). Diccionario de psiquiatría. México: Trillas.
35. García-Pelayo, G. R. (1981). Pequeño Larousse Ilustrado. México: Larousse.
36. García-Pelayo, G. R., García-Pelayo, G. F. y Durand, M. (1982). Larousse de la conjugación (1a edición) México: Larousse.
37. Geokas, M. C. (1984). Etanol y el páncreas. En Clinicas médicas de Norteamérica: Alcohol etílico y enfermedades (Vol. 1, pp. 57-76). Madrid: Interamericana.
38. Gilbert, F. & Maxwell, P. (1987). Predicting attendance at follow-up evaluations in alcoholism treatment outcome research. Journal of Studies on Alcohol, 48 (6), 569-573
39. Graber, R. & Miller, W. (1988). Abstinence or controlled drinking goals for problem drinkers: a randomized clinical trial. Psychology of addictive behaviors, 2 (1), 20-33

40. Hall, W. & Heather, N. (1991). Issue of statistical power in comparative evaluations of minimal and intensive controlled drinking interventions. Addictive Behaviors, 16, 83-87
41. Heok, K., Meng K., Sing, T., Yeo, B., Halstead, S. & Mahendran, R. (1990). A follow-up study of Asian problem drinkers. Research report. British Journal of Addiction, 85, 1261-1264
42. Holden, C. (1987). Is alcoholism treatment affective? Science, 236, 20-22
43. Holder, H. & Blöse, J. (1992). The reduction of health care costs associated with alcoholism treatment: a 14-year longitudinal study. Journal of Studies on Alcohol, 53 (4), 293-302
44. Howden, F. & Huygens, I. (1988). An evaluation of three treatment programmes for alcoholism: an experimental study with 6- and 18-month follow-ups. British Journal of Addiction, 83, 67-81
45. Jurado, E. (1988). Efectos del etanol en el proceso de la reproducción humana. En Velasco, R. Alcoholismo: Visión integral (1a Edición) (pp. 229-235). México: Trillas.
46. Keso, L. & Salaspuro, M. (1990a). Laboratory tests in the follow-up of treated alcoholics: how often should testing be repeated? Alcohol and Alcoholism, 25 (4), 359-363
47. Keso, L. & Salaspuro, M. (1990b). Comparative value of self-report and blood tests in assessing outcome amongst alcoholics. British Journal of Addiction, 85, 209-215
48. Kranzler, H., Dolinsky, Z. & Kaplan, R. (1990). Giving ethanol to alcoholics in a research setting: its effect on compliance with disulfiram treatment. British Journal of Addiction, 85, 119-123
49. Krug, S. R. (1982). Research review of alcohol and drug abuse for behavioral sciences faculty. The Health Professions Education Curriculum Resources Series. National Clearinghouse for Alcohol Information, 1-37
50. La psicología moderna de la A a la Z. (1972). (2da. edición) Bilbao: Mensajero.

51. Longabaugh, R. & Lewis, D. (1988). Key issues in treatment outcome studies. Alcohol Health & Research World, 12 (3), 168-175
52. Longabaugh, R. (1989). Recommended research priorities for the assessment of treatment outcomes. Psychology of Addictive Behavior, 2 (3), 131-141
53. Maisto, S., O'Farrell, T., McKay, J., Connors, G. & Pelcovits, M. (1989). Factors in maintaining sobriety following alcohol treatment. Alcoholism Treatment Quarterly, 6 (3/4), 143-150
54. Marlatt, G. A. (1983, Octubre). The controlled-drinking controversy: A commentary. American Psychologist, pp. 1097-1110
55. Marlatt, G. A. & Nathan, P. E. (Eds.) (1978). Behavioral approaches to alcoholism. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
56. McNabe, J., Der-Karabetian A. & Rhoads, J. (1989). Family involvement and outcome in treatment of alcoholism. Psychological Reports, 65, 1327-1330
57. Miller, P. M. & Mastria, M. A. (1977). Alternatives to alcohol abuse: A social learning model. Champaign, III: Research.
58. Miller, W. (1991). Using hypnotherapy in communicating with the recovering addicted patient. Alcoholism Treatment Quarterly, 8 (1), 1-18
59. Miller, W. R. & Hester, R. K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. In W. R. Miller (Ed.). The addictive behaviors: The treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. (pp. 111-141). New York: Pergamon.
60. Monti, P., Abrams, D., Binkoff, J., Zwick, W., Liepman, M., Nirenberg, T. & Rohsenow, D. (1990). Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 51 (3), 263-270

61. Moser, J. (1979). Problemas relacionados con el alcohol y estrategias preventivas. Comité de expertos en problemas relacionados al consumo de alcohol. Organización Mundial de la Salud, pp. 35-43
62. Nakada, T. y Knight, R. (1984). Alcohol y sistema nervioso central. En Clinicas médicas de Norteamérica: Alcohol étílico y enfermedades (Vol. 1, pp. 121-131). Madrid: Interamericana.
63. Natera, G. (1982). Aspectos generales sobre el consumo de alcohol y sus problemas. Salud Mental, 5 (4), 7-10
64. Nathan, P. E., Marlatt, G. A. & Loberg, T. (Eds.). (1978). Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment. New York: Plenum.
65. Nathan, P. E. (1981). What behavioral scientists know and what they can do about alcoholism. Pamphlet Series, 229-241
66. Ormrod, J. & Budd, R. (1991). A comparison of two treatment interventions aimed at lowering anxiety levels and alcohol consumption amongst alcohol abusers. Drug and Alcohol Dependence, 27, 233-243
67. Peele, S. (1990). Research issues in assessing addiction treatment efficacy: How cost effective are Alcoholics Anonymous and private treatment centers? Drug and Alcohol Dependence, 25, 179-182
68. Perkins, W. (1992). Gender patterns in consequences of collegiate alcohol abuse: a 10-year study of trends in an undergraduate population. Journal of Studies on Alcohol, Sep 53 (5), 458-462
69. Pimstone, N. y French, S. (1984). Hepatopatía alcohólica. En Clinicas médicas de Norteamérica: Alcohol étílico y enfermedades (Vol. 1, pp. 39-56). Madrid: Interamericana.
70. Powerleau, O. & Adkins, D. (1979). Evaluating behavioral and traditional treatment for problem drinkers. In Sobell, L., Sobell, M. & Ward, E. (Eds.). Evaluating alcohol & drug abuse treatment effectiveness: Recent advances, (pp. 93-108). New York: Pergamon.

71. Ritson, E. B. (1984). Respuesta de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol: Análisis de un estudio internacional. Organización Mundial de la Salud 11-26
72. Rodríguez, M. E. & Douglas, M. (1988). The epidemiology of alcohol consumption in Spain. The International Journal of Social Psychiatry, 34 (2), 102-111
73. Rosenberg, H., Melville, J., Levell, D. & Hodge, J. (1992). A 10-year follow-up survey of acceptability of controlled drinking in Britain. Journal of Studies on Alcohol, Sep 53 (5), 441-446
74. Rosovsky, H., Narvaez, A., Borges, G. y González, L. (1992). Evolución del consumo per cápita de alcohol en México. Salud Mental, 15 (1), 35-41
75. Ruiz, L. R., Segatore, L. y Poli, G. (1984). Nuevo diccionario médico. Barcelona: Teide.
76. Rush, B. & Ekdahl, A. (1990). Recent trends in the development of alcohol and drug treatment services in Ontario. Journal of Studies on Alcohol, 51 (6), 514-522
77. Sanchez-Craig, M., Leigh, G., Spivak, K. & Lei, H. (1989). Superior outcome of females over males after brief treatment for the reduction of heavy drinking. British Journal of Addiction, 84, 395-404
78. Sannibale, C. (1989). A prospective study of treatment outcome with a group of male problem drinkers. Journal of Studies on Alcohol, 50 (3), 236-244
79. Schuckit, M. A. (1986). Etiologic theories on alcoholism. In Estes, N. J. & Heinemann, E. Alcoholism: Development, consequences, and interventions (3a Edición) (pp. 15-30). St. Louis, Missouri: The C. V. Mosby.
80. Shaw, G. K., Waller, S., McDougall, S., MacGarvie, J. & Dunn, G. (1990). Alcoholism: a follow-up study of participants in an alcohol treatment programme. British Journal of Psychiatry, 157, 190-196
81. Silva, M. F. (1983). La entrevista. En Fernandez, R. y Carrobbles, J. Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones (2a Edición) (pp. 199-200). Madrid: Pirámide.

82. Smith, J. (1986). Neurologic disorders in alcoholism. In Estes, N. J. & Heinemann, E. Alcoholism: Development, consequences, and interventions (3a Edición) (pp. 169-171). St. Louis, Missouri: The C. V. Mosby.
83. Smith-DiJulio, K. & Heinemann, E. (1986). Core of the chronically ill alcoholic person. In Estes, N. J. & Heinemann, E. Alcoholism: Development, consequences, and interventions (3a Edición) (pp. 353-364). St. Louis, Missouri: The C. V. Mosby.
84. Sobell, L. (1993, Septiembre). Modelo de tratamiento para bebedores problema en Canadá. Simposio Internacional México-Canadá sobre el Tratamiento de Conductas Adictivas. Simposio realizado en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, México.
85. Sobell, L. & Sobell, M. (1981). Outcome criteria and the assessment of alcohol treatment efficacy. In National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Ed.) Evaluation of alcoholic: Implications for research, theory and treatment (Research monograph no. 5, pp. 369-388). Rockville, M. D.
86. Sobell, L. & Sobell, M. (1989). Treatment outcome evaluation methodology with alcohol abusers: strengths and key issues. Advances in Behaviour Research and Therapy, 11, 151-160
87. Sobell, L. & Sobell, M. (1990). Self-report issues in alcohol abuse: State of the art and future directions. Behavioral Assessment, 12, 77-90
88. Sobell, L. & Sobell, M. (1992). Timeline follow-back. A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In Allen, J. & Litten, R. (Eds.). Measuring Alcohol Consumption (pp. 41-72). New Jersey: The Humana Press.
89. Sobell, L., Sobell, M., Leo, G. & Cancilla, A. (1988). Reliability of a timeline method: assessing normal drinkers' reports of recent drinking and a comparative evaluation across several populations. British Journal of Addiction, 83, 393-402

90. Sobell, M., Brochu, S., Sobell, L., Roy, J. & Stevens, J. (1987). Alcohol treatment outcome evaluation methodology: state of the art 1980-1984. Addictive Behaviors, 12, 113-128
91. Solomon, K. & Annis, H. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour. Research report. British Journal of Addiction, 85, 659-665
92. Sotelo, J. (1988). Efectos del etanol en el sistema nervioso central. En Velasco, R. Alcoholismo: Visión integral (1a Edición) (p. 222). México: Trillas.
93. Steffen, J., Steffen, V. & Nathan, P. (1986). Behavioral approaches to alcohol abuse. In Estes, N. J. & Heinemann, E. Alcoholism: Development, consequences, and interventions (3a Edición) (pp. 426-435). St. Louis, Missouri: The C. V. Mosby.
94. Strack, S., Carver, C. & Blaney, P. (1987). Predicting successful completion of an aftercare program following treatment for alcoholism: the role of dispositional optimism. Journal of Personality and Social Psychology, 53 (3), 579-584
95. Turull, F. (1982). Aspectos socioculturales de la demanda de atención en un servicio de alcoholismo de la ciudad de México: El Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares. Salud Mental, 5, 68-73
96. Velasco, F. R. (1986). Alcohol and alcohol problems. Research 7. Latin America. British Journal of Addictions, 8, 11-15
97. Velasco, F. R. (1988). Alcoholismo: Visión integral y clasificación. En Velasco, F. R. Alcoholismo: Visión integral (1a Edición) (pp. 93-109). México: Trillas.
98. Wolman, B. B. (1984). Diccionario de ciencias de la conducta. México: Trillas.

APENDICE A

RESUMENES DE LOS ESTUDIOS DE INVESTIGACION ANALIZADOS

Artículo 1

"Cognitive Functioning and Treatment Outcome in Alcoholics"

El objetivo principal de este estudio fue determinar si el funcionamiento cognoscitivo en el momento de ingresar a tratamiento, estaba asociado con el completamiento de un programa diurno de rehabilitación de alcoholismo de treinta días y el funcionamiento en el postratamiento de uno a seis meses. Ninguna de las medidas empleadas: características sociodemográficas, funcionamiento cognoscitivo y funcionamiento de vida, estuvo significativamente correlacionada con el completamiento del programa. Los hallazgos de esta investigación apoyan la idea de que el funcionamiento cognoscitivo es solo uno de los diversos factores que contribuyen en el resultado del tratamiento al menos durante las etapas iniciales de la rehabilitación del alcoholismo (Alterman, Kushner y Holahan, 1990).

Artículo 2

"A Comparison of Outcome with Group/Marital and Standard/Individual Therapies with Alcoholics"

Los sujetos fueron 16 parejas asignadas a una de las siguientes condiciones: terapia individual standard o terapia grupal de parejas (la primera de ellas fue una terapia externa convencional mientras que la de pareja fue una terapia externa de grupo para los alcohólicos y sus cónyuges). Los resultados evaluaron el consumo de alcohol del alcohólico y adicionalmente se midieron ajustes de la relación marital, funcionamiento social y en el trabajo. Las mediciones se realizaron en el pretratamiento, postratamiento, seis meses y un año de seguimiento. La condición de terapia de pareja pareció facilitar en gran medida el mantenimiento de la mejoría, de acuerdo a las evaluaciones de seguimiento (Bowers y Al-Redha, 1990).

Artículo 3

"Severity of Psychosocial Stress and Outcome of Alcoholism Treatment"

Se examinó la relación entre los eventos estresantes de la vida y el resultado en el consumo de alcohol entre ciento veintinueve pacientes masculinos alcohólicos que habían completado un programa de tratamiento de alcohol. Los eventos de vida fueron medidos un año antes y tres meses después del tratamiento. Se encontró que aproximadamente el 40% de los estresores del pretratamiento estaban directa o indirectamente relacionados con el uso de alcohol. Los resultados sugieren que los estresores poco severos pueden no incrementar el riesgo para recaer, mientras que los estresores más severos y las dificultades crónicas amenazantes pueden ser asociadas con un elevado riesgo de recaída (Brown, et al., 1990).

Artículo 4

"Matching Alcoholics to Coping Skills or Interactional Therapies: Two-Year Follow-Up Results"

Se reclutaron 96 sujetos procedentes de un programa de tratamiento de alcoholismo bajo hospitalización, quienes fueron incorporados a un tratamiento grupal de postcuidado asignándolos aleatoriamente a una terapia interactiva o a un entrenamiento de habilidades de afrontamiento: se realizó un análisis de los sujetos en el que se emplearon datos de resultado de dos años, el cual proporcionó evidencia de la duración de los efectos de interacción del apareamiento (Cooney, Kadden, Litt y Getter, 1991).

Artículo 5

"The Long-Term Course of Treated Alcoholism: I. Mortality, Relapse and Remission Rates and Comparisons with Community Controls"

Este estudio examina el curso del alcoholismo para una muestra de pacientes que fueron seguidos durante dos y diez años después de un período de tratamiento residencial. Los pacientes alcohólicos fueron 9.5 veces más propensos a morir que la comunidad control a través del intervalo de ocho años entre dos seguimientos. Para aquellos pacientes que sobrevivieron, el curso promedio es de modesta mejoría (Finney y Moos, 1991).

Artículo 6**"Predicting Attendance at Follow-up Evaluations in Alcoholism Treatment Outcome Research"**

Se investigó la utilidad de un sistema de advertencia anticipada involucrando el uso de asistencia a citas clínicas programadas para predecir la deserción de sujetos de investigación en evaluaciones de seguimiento. En este estudio de resultados de tratamiento se monitoreó durante un año a 92 sujetos en su asistencia a sesiones de postcuidado después de ser descargados de un programa de tratamiento interno de alcoholismo. Los resultados sugieren que el monitoreo de la asistencia al postcuidado puede ser un paso útil para minimizar la deserción de los sujetos que son evaluados en seguimiento (Gilbert y Maxwell, 1987).

Artículo 7**"Abstinence or Controlled Drinking Goals for Problem Drinkers: A Randomized Clinical Trial"**

Veinticuatro bebedores problema fueron asignados aleatoriamente a un tratamiento conductual breve con una de las siguientes metas: abstinencia o consumo controlado. Los datos de los autoreportes y reportes colaterales reflejaron una reducción significativa en el consumo de alcohol y proyectaron elevaciones de alcohol en la sangre en los intervalos de seguimiento a los tres meses y tres años y medio. (Graber y Miller, 1988).

Artículo 8**"An Evaluation of Three Treatment Programmes for Alcoholism: an experimental study with 6- and 18-month follow-ups"**

Mediante la asignación azarosa de 113 sujetos alcohólicos desintoxicados, se examinaron los efectos comparativos de los siguientes programas de tratamiento: programa de seis semanas de hospitalización, programa de seis semanas de intervención externa y una entrevista confrontacional. Al revisar en el seguimiento diversas medidas de resultado que incluían tanto el nivel de consumo como el funcionamiento general se encontró, que ninguno de los tratamientos parecía ser consistentemente más efectivo que los demás. Más aún, aquellos pacientes que se mantuvieron

en tratamiento, no mostraron mejoría significativa a largo plazo al compararse con aquellos que rechazaron o no concluyeron la intervención (Howden y Huygens, 1988).

Artículo 9

"FAMILY INVOLVEMENT AND OUTCOME IN TREATMENT OF ALCOHOLISM"

El propósito de este estudio fue el determinar el efecto del involucramiento de la pareja (u otra persona significativa) en el tratamiento del alcoholismo. Participaron ochenta pacientes adultos que habían sido tratados de alcoholismo. Hubo tres grupos que variaron en el grado de involucramiento. La información se obtuvo a través de entrevistas personales como parte del plan de seguimiento del tratamiento. Los resultados sugieren una fuerte asociación entre un mayor involucramiento y la abstinencia, mejores relaciones familiares y sentimientos positivos acerca de sí mismo (McNabe, Der-Karabetian y Rhoads, 1989).

Artículo 10

"Communication Skills Training, Communication Skills Training with Family and Cognitive Behavioral Mood Management Training for Alcoholics"

Para evaluar tres prometedoras aproximaciones de aprendizaje social para el tratamiento del alcoholismo, participaron sesenta y nueve pacientes alcohólicos masculinos en un tratamiento interno en algunas de las siguientes modalidades: grupo de entrenamiento de habilidades de comunicación, grupo de entrenamiento de habilidades de comunicación con participación de la familia y grupo de entrenamiento para el manejo cognoscitivo conductual de disposición de ánimo. Los sujetos incluidos en los dos primeros grupos consumieron significativamente menos alcohol por día durante un seguimiento de seis meses que aquellos que participaron en el tercer grupo (Monti, et al., 1990).

Artículo 11

"A comparison of two treatment interventions aimed at lowering anxiety levels and alcohol consumption amongst alcohol abusers"

Este estudio comparó, la eficacia diferencial del manejo de ansiedad y entrenamiento de relajación con respecto a su impacto sobre los niveles de ansiedad y el consumo de alcohol entre personas que acudieron a una unidad de tratamiento de alcohol. Ambos grupos redujeron significativamente la ansiedad autoreportada, siendo más efectivo el grupo de manejo de ansiedad que el de entrenamiento de relajación. No hubo impacto sobre el consumo de alcohol (Ormrod y Budd, 1991).

Artículo 12

"Superior Outcome of Females Over Males After Brief Treatment for the Reduction of Heavy Drinking"

Una muestra de 52 hombres y 38 mujeres bebedores problema fueron asignados aleatoriamente a uno de los siguientes tratamientos; Guiado: se realizaron tres sesiones de asesoría empleando un panfleto que delineaba los pasos básicos para lograr abstinencia o consumo moderado. Manual: se realizaron tres sesiones de instrucción en el uso de un manual de autoayuda que presentaba una aproximación paso a paso para lograr abstinencia o consumo moderado. Con terapeuta: se realizaron seis o más sesiones de instrucción sobre los métodos delineados en el manual de autoayuda. En los seguimientos de los 3, 6 y 12 meses no se encontró diferencia significativa entre los grupos con respecto a la reducción de consumo de alcohol. Sin embargo, la tasa de consumidores moderados fue significativamente más alta en las mujeres que en los hombres, con excepción de la evaluación a los tres meses en la condición con terapeuta (Sanchez-Craig, Leigh, Spivak y Lei, 1989).

Artículo 13

"A Prospective Study of Treatment Outcome with a Group of Male Problem Drinkers"

El presente estudio fue un seguimiento de un grupo de hombres jóvenes considerados como bebedores problema. Participaron en una modalidad de tratamiento basado en la comunidad. Los clientes fueron evaluados antes y por lo menos doce meses después de una serie de programas de tratamiento breve, empleando medidas relacionadas y no relacionadas con el consumo de alcohol acerca de su funcionamiento, así como información corroborativa proporcionada por colaterales. No se encontraron

diferencias significativas en el seguimiento con respecto a los tratamientos empleados, sin embargo se detectaron mejoras significativas evidentes en todas las medidas de funcionamiento en todos los sujetos (Sannibale, 1989).

Artículo 14

"Alcoholism: A Follow-up study of Participants in an Alcohol Treatment Programme"

En este estudio, se llevó a cabo el seguimiento durante un año de 112 pacientes alcohólicos que fueron tratados mediante un programa residencial intensivo de un mes. Como grupo se encontraban en desventaja socialmente y mostraban alta dependencia al alcohol. El resultado del tratamiento fue evaluado a los seis meses y al año después de la descarga mediante medidas múltiples que incluían mediciones de: conducta del beber, estabilidad social, neurotismo y autoestima, autosatisfacción con aspectos importantes de la vida cotidiana. En la primera evaluación se encontró que el 37% eran abstinentes o bebedores controlados y en la segunda evaluación el 53% había logrado este status. El mejoramiento en el status de consumo estuvo positivamente relacionado con el mejoramiento en todas las otras variables de resultado (Shaw, Waller, McDougall, MacGarvie y Dunn, 1990).

Artículo 15

"Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behaviour"

El presente estudio exploró la relación entre la expectativa de resultado y la expectativa de eficacia en una población de cien pacientes alcohólicos del sexo masculino bajo un programa de tratamiento externo tradicional y con seguimiento a los tres meses. Los resultados obtenidos en el seguimiento indicaron que las expectativas de resultado no fueron un predictor de consumo. Sin embargo, la autoeficacia evaluada en el momento del ingreso al tratamiento, estaba fuertemente asociada con el nivel de consumo en el seguimiento (Solomon y Annis, 1990).

Artículo 16**"Predicting Successful Completion of an Aftercare Program Following Treatment for Alcoholism: The Role of Dispositional Optimism"**

En este estudio se investigaron diversas variables como predictores potenciales de éxito en el completamiento de un programa de transición posterior al tratamiento de alcoholismo. Los sujetos fueron cincuenta y cuatro hombres que habían completado un programa de tratamiento de treinta días y que fueron admitidos en un programa de hospitalización de noventa días para postcuidado. Las variables de predicción fueron: optimismo disposicional, dificultades, "elevaciones" y diversas variables demográficas. La discusión se centra en la importancia del optimismo disposicional como un predictor de adaptación exitosa en diversos dominios conductuales (Strack, Carver y Blaney, 1987).