



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"REVISION DE LA EVALUACION DE LA
EFECTIVIDAD DE MODELOS DE
TRATAMIENTO PARA EL ABUSO
DEL ALCOHOL EN MEXICO DE
1985 A 1995"

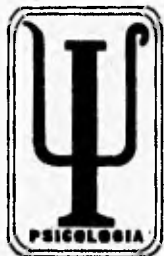
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

MARIA GUADALUPE AGUILA SALINAS



DIRECTOR DE TESIS:

MAESTRA GEORGINA CARDENAS LOPEZ

DIRECTOR DE LA FACULTAD DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CIUDAD UNIVERSITARIA

MAYO 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*El hacer realidad un sueño por tantos años
esperado, es tener la oportunidad de ser
libre, y ésto es exactamente lo que siento
ahora.*

Agradecimientos:

A Gualberto

*Mi gran compañero de toda la vida, de luchas y batallas
siempre compartidas. Hombre de excepción,
extraordinariamente talentoso, con quien sé que puedo
contar incondicionalmente..*

A mis Hijos Itzamná Gualberto e Ixchel Andrea

*Por existir y ser la fuente inagotable de mis energías y
mis hazañas, son en sí mismas dos seres humanos
maravillosos que me enorgullecen y sorprenden
agradablemente día con día.*

A mis padres : Rodolfo y Gloria.

Personas extraordinarias, de las cuales aprendí desde la infancia las grandes lecciones que han sido guías invaluable de mi comportamiento, siempre dispuestos a compartir conmigo tristezas y alegrías, aún en los momentos más difíciles.

A Mamy Betty, y Maru.

Tías muy queridas, siempre presentes de las que solo tengo bellos recuerdos, y una gran admiración y respeto.

A mis Hermanos, cuñados y sobrinos

A todos ustedes mi familia, de los cuales he tenido el regalo
de su compañía.

A Rocío, Cuauhtémoc y Pedro

Tres verdaderos amigos, siempre solidarios.

Reconocimientos:

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Al Dr. Héctor Ayala Velázquez

Hombre visionario, maestro incansable que me brindó la oportunidad de superarme , y apoyarme para la realización de este trabajo.

A la Maestra Georgina Cárdenas López

Recibe el más profundo reconocimiento a tus talentos, a tu amistad, así como mi agradecimiento a tu paciencia por la elaboración de este documento. Gracias Geo.

A los Honorables Miembros del Jurado

Por sus valiosas observaciones en la revisión de esta investigación, y muy en especial al Maestro Samuel Jurado Cárdenas quién me impulsó en todo momento a llegar a la meta. Gracias.

INDICE

RESUMEN.....	1
PREFACIO.....	2
CAPÍTULO 1.- PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y EL ALCOHOLISMO EN MÉXICO.....	5
1.1 Antecedentes.....	6
1.2 Consecuencias de Salud, Familiares y Sociales del consumo excesivo de alcohol..	11
1.3 Panorama Actual y Magnitud del Problema en México.....	18
1.4 Niveles de Intervención.....	22
CAPÍTULO 2.- LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACION DE RESULTADOS EN LOS TRATAMIENTOS PARA EL ABUSO DEL ALCOHOL Y EL ALCOHOLISMO EN MÉXICO.....	24
2.1 Modelos de Tratamiento.....	25
2.2 Evaluación Conductual.....	33
2.3 Limitaciones y Deficiencias en la Metodología de los Resultados de Tratamiento de Consumo de Alcohol Excesivo.....	39
2.4 Avances Metodológicos en la Evaluación Conductual de Resultados de Tratamiento de Abuso de Alcohol.....	45
CAPÍTULO 3.- MÉTODO.....	52
3.1 Objetivo General y Específicos.....	53
3.2 Criterios de Evaluación y Variables.....	54
3.3 Instrumento.....	57
3.4 Escenarios.....	58
3.5 Procedimiento.....	59
CAPÍTULO 4.- DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	61
CAPÍTULO 5.- DISCUSIÓN.....	105
BIBLIOGRAFÍA.....	115
APÉNDICES.....	129

RESUMEN

En el presente trabajo se realizó una recopilación de las críticas hechas por otros autores acerca de la metodología utilizada en la evaluación de resultados de efectividad de los tratamientos de abuso de alcohol en México, para lo cual se revisaron investigaciones especializadas en el tema, en el período comprendido de 1985 a 1995, así mismo se desarrolló un instrumento presentado en formato de entrevista que consta de 39 reactivos el cual fué aplicado en catorce centros de tratamiento de la Ciudad de México

La revisión y análisis crítico de los estudios de evaluación de resultados de tratamiento, y del cuestionario aplicado se fundamentó principalmente en los criterios y variables utilizados por Sobell, Broehu, Sobell, Roy y Stevens (1987) los cuales fueron: 1) características del pretratamiento 2) características del tratamiento 3) fuentes de recopilación de datos de resultados 4) procedimientos empleados en el seguimiento y forma de reportar resultados del tratamiento 5) medición de resultados de consumo de alcohol.

Los resultados del análisis sugieren que, existe una deficiencia en la metodología para evaluar la efectividad de los resultados de los tratamientos de abuso de alcohol en nuestro país, dada la inconsistencia en que la mayoría de los estudios son reportados, la descripción inadecuada de algunos de los tratamientos, la poca utilización de fuentes múltiples de recopilación de datos de resultados, la carencia tanto de análisis estadístico, como de medidas cuantificables y continuas del consumo en la mayoría de las Instituciones. Sin embargo también se encontraron algunos avances metodológicos, tales como la utilización de análisis estadístico y reporte de datos acerca del consumo en todos los estudios analizados. Que aunque son importantes no son suficientes, por lo que se requiere la participación conjunta de investigadores y editores de revistas científicas, para fortalecer el recientemente incursionado campo de la investigación evaluativa en materia de resultados de tratamiento.

P R E F A C I O

Cada vez más, las investigaciones científicas enfocadas a programas de tratamiento en adicciones están incorporando criterios estandarizados como parte de la evaluación de sus resultados, es así como lo muestra el número reciente de publicaciones que han descrito los procesos de evaluación con personas adictas (Graham, 1994; Donovan y Marlatt, 1988; Skinner, 1981; Sobell, Sobell y Nirenberg, 1988), además de algunos artículos que se han enfocado especialmente sobre herramientas de evaluación de resultados de tratamiento en adicciones (Frawley, 1991; Longabaugh, 1991).

En el campo de los tratamientos de consumo de alcohol excesivo se han efectuado revisiones acerca de la metodología utilizada para su evaluación, autores como Crawford y Chalupsky (1977); Hill y Blane (1967); Miller, Pokorny, Valles y Cleveland (1970); Polich (1982); Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens (1987); Voegtlin y Lemere (1942), han desarrollado diferentes estudios que han evidenciado las debilidades específicas, así como los logros en la superación de algunas de estas, sin embargo prevalece la necesidad de contar con criterios metodológicos bien definidos que permitan evaluar y comparar la efectividad de los tratamientos existentes en este campo.

En México, son importantes los hallazgos reportados por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1995), en la aplicación y resultados iniciales de un programa de tratamiento de auto control dirigido de consulta externa a una muestra de 108 bebedores problema.

El presente estudio tiene como objetivo realizar una recopilación de las críticas hechas por otros autores, acerca de la metodología utilizada en la evaluación de resultados de efectividad de los tratamientos para abuso de alcohol en nuestro país, reportados tanto en revistas especializadas de Psicología, así como los resultados en diversos centros de

tratamiento de la Ciudad de México, en el periodo comprendido de 1985 a 1995. Lo que permitirá conocer la situación actual, las principales deficiencias, y los avances metodológicos que caracterizan a la evaluación de los tratamientos y la forma en como éstos son reportados en México, dada la necesidad que existe de modificar las políticas de salud pública que reflejen una concepción contemporánea y científica del problema de abuso de alcohol y alcoholismo, y que consecuentemente generen acciones de prevención y tratamiento dirigidas al núcleo de la población que muestra la mayor incidencia del consumo de alcohol, los bebedores problema.

En seguida se detalla la organización de esta tesis documental:

Capítulo 1.- Se describen de manera sucinta los antecedentes tanto de los problemas relacionados con el abuso de bebidas alcohólicas, como de las revisiones acerca de la metodología utilizada para evaluar la efectividad de los tratamientos de abuso de alcohol, las consecuencias de Salud, Familiares y Sociales del consumo excesivo de alcohol, la magnitud y características del problema en México, y por último los niveles de intervención en nuestro país.

Capítulo 2.- En este capítulo se hace una descripción de los diferentes enfoques teóricos utilizados para el abordaje del alcoholismo y abuso de alcohol, los tipos de tratamiento implementados como solución a este problema, así como los hallazgos reportados dentro de la literatura científica, enfatizando la concepción contemporánea de abordaje del problema conocido como el modelo psicológico del aprendizaje social del uso, abuso del alcohol y de la recuperación de periodos de beber incontrolado, en donde los factores psicológicos y las variables de aprendizaje social juegan un papel preponderante, describiendo la situación prevalente en México en este sentido. Además se señalan los antecedentes y características de la evaluación conductual, así como las limitaciones y

deficiencias en la metodología de los reportes de resultados de tratamiento de abuso de alcohol, finalizando el capítulo con los avances metodológicos en la evaluación conductual de los resultados de tratamiento de consumo excesivo de alcohol.

Capítulo 3.- Se presentan los objetivos general y específicos de la investigación, así como los criterios de evaluación y variables en los que se fundamentó la revisión y análisis crítico de los estudios de evaluación de resultados de tratamiento, el instrumento que se desarrolló con el objeto de cubrir dichos objetivos, presentado en formato de entrevista, la descripción de los 14 Centros de Tratamiento de Abuso de Alcohol en la Ciudad de México, en los cuales fué aplicado el instrumento, y el procedimiento utilizado durante la investigación para alcanzar el logro de los objetivos previamente señalados en el capítulo.

Capítulo 4.- Se reportan los resultados tanto de la revisión y análisis de los estudios de investigación sobre resultados de tratamiento de abuso de alcohol publicados de 1985 a 1995, así como de las entrevistas realizadas a los 14 Centros de Tratamiento de Abuso de Alcohol en la Ciudad de México.

Capítulo 5.- Se realiza la discusión de los resultados, así mismo se incluyen las limitaciones y las sugerencias para las investigaciones que se realicen en el futuro.

***CAPÍTULO 1.-
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ABUSO DE BEBIDAS
ALCOHÓLICAS Y EL ALCOHOLISMO EN MEXICO.***

1.1 ANTECEDENTES.-

El alcoholismo y el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas son problemas multicausales y multifacéticos cuyos orígenes se pierden en la historia de la humanidad. Es de suponerse que el alcohol es una de las más antiguas drogas que los hombres han tenido a su alcance, igualmente antiguos como el consumo han sido los intentos por limitar su abuso, no solo por los daños graves que ocasiona a la salud, sino por la manera en como impacta a las familias y sociedad (De la Fuente, 1987; Berruecos, 1988)

En los países desarrollados, el alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas constituyen un gran problema social, pero el fenómeno en los países en desarrollo se torna aún más grave considerando la interacción del abuso de alcohol, con otros factores como el desempleo, la desnutrición, étc (Berruecos, 1988). Tal es la magnitud del problema que se ha constituido en un problema de salud pública (De la Fuente, 1987).

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el alcoholismo es una enfermedad crónica, un desorden de la conducta caracterizado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas hasta el punto de que excede a lo que está socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como en sus relaciones interpersonales o en su capacidad para el trabajo” (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1992-1994).

Hasta la mitad de este siglo el modelo moral había sido el más utilizado por las diferentes sociedades como intentos de prevenir los problemas generados por el abuso

del alcohol, posteriormente desde la perspectiva del modelo médico, y de acuerdo con la definición de la OMS, el alcoholismo es conceptualizado como una enfermedad progresiva imparabile, excepto en ocasiones de casos de remisión espontánea inexplicables (Hill, 1985; Pattison y cols., 1977), en la década de los 50, y gracias a los resultados de estudios publicados a finales de la década por Jellinek (1960), se consideró al alcoholismo como una enfermedad, y a las personas como enfermas de alcoholismo, dejando de lado las ideas que se tenían de considerarlos como viciosos.

En términos generales bajo ésta concepción del modelo médico, se puede considerar que el alcoholismo es un desorden persistente y crónico donde la característica más relevante es su aparente irreversibilidad, de acuerdo con ésta condición un individuo etiquetado como "alcohólico", es alguien que presenta una historia reeurrente de beber incontrolado en la cual usualmente se desencadenará una seria discapacidad. Esta visión tradicional es compartida por grupos de auto-ayuda como Aleohólicos Anónimos, donde consideran al alcoholismo como una enfermedad progresiva y erónica que puede ser contenida pero nunca curada. El consenso parece ser que el alcoholismo es persistente, progresivo, y con una alta posibilidad de seguir un curso peligroso si no se le somete a una intervención vigorosa (Pattison, 1976; Ayala, 1993).

Sin embargo, recientemente la investigación científica ha demostrado que ésta nueva concepción de abordar el problema a través del modelo médico, tiene muchas limitaciones la principal de ellas es que tiende a dejar de lado aspectos significativos del fenómeno: el abuso del alcohol por personas que no son aleohólicas, pero que cuando lo ingieren lo hacen en formas, cantidades y situaciones que conllevan riesgos graves para ellas, sus familias y sociedad en general. Es decir la proporción de personas alcohólicas que presentan una dependencia severa hacia el alcohol es pequeña si se compara con la

de personas con un tipo de patrón de consumo mediante el cual sufren y hacen sufrir a otros las consecuencias de su abuso (Malin, Coakley, Jaelber y Holland, 1982; De la Fuente, y Medina Mora 1987). Además, la evidencia científica señala un gran número de estudios de seguimiento clínico con individuos diagnosticados como alcohólicos, que han mostrado una considerable mejora posterior al tratamiento, más aún la investigación sugiere que pueden existir casos significativos de remisión aún sin intervención o tratamiento. (Clark, 1975; Ayala, 1993).

No se niega que muchos alcohólicos están enfermos, pero estas enfermedades son más bien consecuencia derivada del uso excesivo del alcohol y no su causa. Estudios experimentales con alto grado de control, evidencian el hecho de que el comportamiento de beber en el alcohólico es muy variable y aparentemente moldeable por factores externos (económicos, sociales, y culturales) que juegan un papel causal muy importante, y modelan las características del fenómeno en las distintas regiones y grupos humanos (De la Fuente, 1987; Ayala, 1993).

Dado que hay personas que tienen una mayor proclividad a abusar del alcohol y a sufrir sus consecuencias, es necesario que cuando se aborde el problema de manera individual se tomen en cuenta factores biológicos, psicológicos y sociales; no perdiendo de vista los factores socioculturales y económicos del problema en los distintos grupos humanos. Un criterio que cuenta con fuerte apoyo científico es que existe una fuerte relación entre la disponibilidad del alcohol, la cantidad de alcohol que globalmente consume la población y la tasa de problemas médicos, familiares y sociales que ocasiona. Así, cuando la embriaguez es permitida por una comunidad, el alcohol es barato y de fácil acceso, por ende la proporción de personas que lo ingieren será mayor. Lo cual ha quedado demostrado con los incrementos en los consumos per cápita, que a partir de 1960 se han

incrementado en los diferentes países, es por eso que en 1980 la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud reconoció que los problemas relacionados con el abuso de alcohol constituyen uno de los problemas de salud pública en el mundo (De la fuente, 1987).

La concepción contemporánea desde el punto de vista de la Psicología, de lo que se ha denominado la ingesta de alcohol se centra en considerar esta disfunción como un comportamiento adictivo y no como el proceso de una enfermedad progresiva e incurable. Esta visión implica que los mecanismos que propician el desarrollo y mantenimiento de estos patrones de hábito, son los mismos que regulan el aprendizaje de la mayor parte del comportamiento humano (Ayala y Cárdenas, 1995).

El enfoque predominantemente en las Ciencias Médicas, plantea como criterio de éxito y objetivo de tratamiento a la abstinencia, sin embargo en la década de los años 70, se pone en tela de juicio el enfoque tradicional de conceptualizar el alcoholismo y con ésto de que la meta de tratamiento debiera ser necesariamente la abstinencia, surgiendo enfoques alternativos que están encaminados hacia la moderación como meta de tratamiento. En este enfoque los problemas del consumo de alcohol no se consideran como una enfermedad física o mental, sino como patrones de comportamiento socialmente adquiridos, que se mantienen por señales antecedentes y reforzadores consecuentes que pueden ser de naturaleza fisiológica, sociológica y psicológica, tales como la reducción de ansiedad, reconocimiento social, evitación de síntomas fisiológicos de abstinencia que contribuyen al mantenimiento de problemas con el consumo del alcohol (Miller y Eisler, 1977).

Esta concepción alternativa que está más acorde con la evidencia sobre la variabilidad en la conducta de beber y su moldeabilidad por medio de influencias externas se conoce

como el modelo psicológico del aprendizaje social del uso, abuso del alcohol y de la recuperación de periodos de beber incontrolado (Ayala, 1993).

Cada vez más, las investigaciones científicas enfocadas a programas de tratamiento en adicciones están incorporando criterios estandarizados como parte de la evaluación de sus resultados, es así como lo muestra el número reciente de publicaciones que han descrito los procesos de evaluación con personas adictas (Graham, 1994; Donovan y Marlatt, 1988; Skinner, 1981; Sobell, Sobell y Nirenberg, 1988), además de algunos artículos que se han enfocado especialmente sobre herramientas de evaluación de resultados de tratamiento en adicciones (Frawley, 1991; Longabaugh, 1991).

En el campo de los tratamientos de consumo de alcohol excesivo, se han efectuado revisiones acerca de la metodología utilizada para su evaluación, autores como Crawford y Chalupsky en 1977; Hill y Blane en 1967; Miller, Pokorny, Valles y Cleveland en 1970; Polich en 1982; Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens en 1987; Voegtlin y Lemere 1942, han desarrollado diferentes estudios que han evidenciado las debilidades específicas, así como los logros en la superación de algunas de éstas, sin embargo prevalece la necesidad de contar con criterios metodológicos bien definidos que permitan evaluar y comparar la efectividad de los tratamientos existentes en este campo.

En México, son importantes los hallazgos reportados por Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez (1995), en la aplicación y resultados iniciales de un programa de tratamiento de auto control dirigido de consulta externa a una muestra de 108 bebedores problema.

1.2 CONSECUENCIAS DE SALUD, FAMILIARES Y SOCIALES DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.

Entre los múltiples y graves trastornos que origina el consumo excesivo de alcohol, se encuentran aquellos que afectan a la salud física de los individuos, los familiares y sociales, a continuación se mencionan aquellos que son más importantes:

CONSECUENCIAS DE SALUD:

EL CEREBRO.- El alcohol va a impactar de manera directa al cerebro, y la mayoría de los individuos lo ingieren debido precisamente a los efectos sobre el sistema nervioso central (SNC), en la búsqueda de sensaciones eufóricas y placenteras que este les provoca, por los efectos de la inhibición del ácido γ -aminobutírico, que disminuye la posibilidad de que haya una inhibición endógena en el cerebro, lo cual genera un fenómeno de excitación que se traduce fisiológicamente en una sensación placentera. Es el órgano más sensible a los efectos inmediatos del alcohol y también a los efectos del uso crónico. 2 ó 3 bebidas ingeridas en una hora pueden disminuir significativamente la habilidad para ejecutar acciones complejas, y algunas más ocasionan en algún grado alteraciones en la conciencia, afectivas y comportamentales (De la Fuente, 1987; Sotelo, 1988).

De acuerdo con Sotelo (1988), dentro de las alteraciones neurológicas más comunes entre los pacientes que ingresan a los hospitales generales por consumo de alcohol son las siguientes:

- 1.-El 34% presenta un estado de intoxicación aguda cuyos síntomas neurológicos son el estupor o la agresividad incontrolable.
- 2.-El 22% muestran el denominado "temblor alcohólico agudo".

- 3.-El 13% sufren alucinosis visuales o auditivas.
- 4.-El 6% presenta delirium tremens.
- 5.-El 4% sufren estados delirantes.
- 6.-El 3% muestra neuropatía periférica severa.
- 7.-El 18% restante presenta otro tipo de alteraciones menos comunes.

Dentro de las alteraciones que se producen por la ingesta crónica del consumo de alcohol, que a su vez son la causa más importante del deterioro mental del adulto, están el pensamiento abstracto, el lenguaje y a la coordinación. Estas funciones son afectadas en forma similar a la enfermedad de Alzheimer, a la atrofia cortical y a las anomalías en la actividad bioeléctrica del cerebro, únicamente que en la enfermedad de Alzheimer el deterioro es irreversible, a diferencia del alcohólico que al dejar de beber puede lograr una recuperación notable (De la Fuente, 1987). En orden de importancia dentro de las patologías neurológicas asociadas con el abuso del alcohol se encuentran la neuropatía periférica, atrofia cerebral generalizada, en algunos pacientes desmielinización del nervio óptico, hipertensión, la interferencia del etanol en el metabolismo de la glucosa (Sotelo, 1988). Los estados psicóticos agudos causados por el abuso del alcohol como el delirium tremens es un ejemplo claro de dicho abuso, en los alcohólicos ocurren cambios en la densidad del tejido cerebral, se evidencia una disminución del tejido y crecimiento de los ventrículos cerebrales, sin embargo la abstinencia demuestra que los cambios pueden ser reversibles, también ocurren cambios en los potenciales eléctricos cerebrales (De la Fuente, 1987).

Si bien el alcohol daña el tejido cerebral, las carencias en la alimentación pueden acelerar el proceso. El alcohol afecta la neurotransmisión (gaba, norepinefrina), hay datos que hacen pensar que sus efectos fluidificadores en las membranas celulares

podrían explicar la disminución de la tolerancia, un aspecto neurocelular de la dependencia física (De la Fuente, 1987).

Así mismo se pueden encontrar en los alcohólicos, alteraciones neurológicas secundarias a la supresión del alcohol (v.g. la alucinosis alcohólica, la psicosis de Wernicke y Korsakoff, el coma alcohólico con colapso cardiovascular y trastornos en el ritmo cardíaco y cuadros de paranoia alcohólica con alteraciones conductuales y pensamientos delirantes de persecución y daño). Una de las alteraciones más comunes que se presentan al interrumpir la ingesta del consumo de alcohol son los síndromes de angustia y depresión (Sotelo, 1988).

La depresión es además un trastorno común entre los individuos con ingesta excesiva de alcohol, y entre ellos la tasa de suicidios es elevada, sin embargo de acuerdo con las investigaciones existe una controversia en relación a que si la depresión contribuye al abuso del alcohol y al suicidio, o si el alcohol es causa tanto de la depresión como de la autodestrucción (De la Fuente, 1987).

EL HIGADO.- Después del cerebro el hígado es el órgano que presenta mas daño, aún cuando haya una nutrición adecuada, el más común, es el hígado graso que está catalogado como un trastorno reversible, así como daño hepatocelular, y que altera el metabolismo de la colágena, la regeneración hepática y el sistema inmune. Tres son los estadios clínicos definidos dentro de la enfermedad hepática originada por el alcohol los cuales son: hepatitis alcohólica que causa la muerte de 10 a 30% de quienes la desarrollan, hígado graso y cirrosis alcohólica; esta última considerada como un trastorno irreversible y es la causa principal de muerte debida al alcohol (De la Fuente, 1987; Lisker-Melman, 1988).

EL PÁNCREAS.- Una diversidad de trastornos pancreáticos es causada por el abuso de alcohol, la pancreatitis alcohólica es un trastorno que varía en diversas poblaciones de pacientes y ciudades del mundo, lo cual hace suponer otros factores permisivos, tales como factores constitucionales y nutricionales, dentro de las complicaciones que se pueden presentar por esta causa se encuentran la insuficiencia renal, anomalías cardiovasculares, hipoglucemia, trastornos psicóticos (Geokas, 1984).

En lo que se refiere al consumo de alcohol en la mujer embarazada, las investigaciones realizadas señalan que es una amenaza grave para el feto en desarrollo, se ha dado en llamar "síndrome alcohólico fetal" (FAS), el cual se refiere a un conjunto de síntomas como retardo en el crecimiento, rasgos anormales en la cara y cabeza, evidencia de retardo mental, además de los daños causados al cerebro y los relacionados con el hígado, el cáncer en la boca, la lengua, la faringe, esófago, así como daños originados al corazón asociados con arritmias cardíacas, aumento de los glóbulos rojos, anemia, gastritis, pancreatitis crónica, que son más comunes entre los individuos con ingesta excesiva de alcohol, en el caso de esta última se piensa que ocurre en el 75% de los casos debido al alcoholismo, sin embargo la vulnerabilidad individual permite suponer la intervención además de una variable genética, (De la Fuente, 1987).

En una proporción del 70 al 80% de los alcohólicos se reduce la libido, y en el mismo porcentaje se muestra atrofia testicular e infertilidad (op.cit.).

CONSECUENCIAS FAMILIARES.

En el área familiar el abuso del alcohol por parte de alguno de sus miembros es causa indudable de conflictos familiares que en ocasiones provocan el divorcio y consecuentemente la desintegración familiar, en comparación con los hogares en los cuales no se presenta esta situación (Natera, 1982).

Bales y colaboradores en 1978, sugieren que existe una afinidad familiar versus consumo excesivo de drogas, y que la ingesta excesiva de alcohol por alguno de los padres genera alteraciones importantes en las diversas áreas del desarrollo de los hijos (v.g. bajos niveles en autoestima como consecuencia de constantes conflictos e inestabilidad). De igual manera, patrones inadecuados relacionados con la crianza, límites difusos así como reglas y normas poco funcionales (Krug, 1982).

Aunado a lo anterior y al consumo inmoderado de alcohol, están los relacionados con el maltrato infantil, debido a que esta sustancia inhibe los mecanismos reguladores de la agresión, a impulsos violentos, así mismo esta situación favorece el descuido de los menores por parte de los padres tanto del bebedor como del otro cónyuge, dado el tiempo que se invierte en el cuidado del bebedor (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989a).

En este sentido se han realizado algunas investigaciones que sugieren la posible relación causal entre los efectos desinhibitorios del alcohol, con algunos problemas relacionados con la actitud sexual temprana y el embarazo no deseado en adolescentes, así como las expectativas asociadas con su uso (op.cit.).

CONSECUENCIAS SOCIALES.

Los problemas sociales evidencian que hay fricciones entre el bebedor y su ambiente, entre éstos se encuentran además de los familiares ya mencionados los problemas de accidentes automovilísticos, tránsito, laborales, violencia, conducta criminal, con la policía, de productividad en el trabajo.

De acuerdo con los efectos del consumo excesivo de alcohol en los individuos, se puede atribuir un papel causal en los accidentes, sin excluir otras causas, ya que se le considera como responsable de la muerte accidental de muchas personas, (De la Fuente, 1987). Pues 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 los 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.).

Además de los fallecimientos por esta causa, hay que considerar un número cuatro veces mayor de personas que quedan inválidas; también los peatones ebrios tienen un riesgo mayor de tener accidentes de tránsito (De la Fuente, 1987).

Los incendios y quemaduras son otra causa de muerte no intencional que por su incidencia ocupan el cuarto lugar en Estados Unidos. En este sentido Howland y Hingson en 1987, sugieren que aproximadamente la mitad de las personas que mueren en incendios se encontraban legalmente alcoholizadas al momento de su muerte (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989a).

Las caídas a consecuencia del consumo de alcohol, están en la tercera causa de lesiones fatales. En un estudio realizado en 1983 en Helsinki, Honkanen et al. Encontraron que de las personas atendidas en hospitales de emergencia por 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 (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989a).

Se ha establecido estadísticamente la asociación entre el abuso del alcohol, la conducta violenta y otras formas de conducta criminal. En un estudio se encontró que en dos terceras partes de los homicidios, los autores, sus víctimas o ambos, habían consumido alcohol antes del crimen. En las violaciones, el alcohol actúa como desinhibidor o sirve como justificación para cometer el delito. También es causa de una fuerte disminución en la productividad en el trabajo. El ausentismo es dos veces mayor entre las personas con abuso de alcohol. (De la Fuente, 1987)).

En Estados Unidos, el 35% de los suicidios indica el uso de alcohol y el 23% estaban intoxicados en el momento de su muerte (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989a).

1.3 PANORAMA ACTUAL Y MAGNITUD DEL PROBLEMA EN MÉXICO.

En México el consumo inmoderado de alcohol se caracteriza por ser un problema multicausal con características inherentes a nuestro país. Las consecuencias derivadas de este consumo constituyen un problema de salud pública. Contender desde una perspectiva de salud pública, con los problemas que se generan con el consumo inmoderado del alcohol, dadas las costumbres, tradiciones y creencias, requiere tener presente que la ingesta de alcohol es una costumbre muy arraigada, que satisface demandas legítimas de la población, y también que la actividad económica que genera la producción hasta la comercialización de bebidas alcohólicas es enorme y constituye una fuente sustancial de ingresos para los particulares y para el Estado; Por lo que los intereses de salud pública no son en éste sentido compatibles con los intereses económicos, más bien van en sentido contrario (De la Fuente, 1987; Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1992-1994).

La magnitud del problema en nuestro país se refleja en los datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Secretaría de Salud, Instituto Mexicano de Psiquiatría, y la Encuesta Nacional De Adicciones (1990) los cuales son:

1.-La prevalencia en el consumo de bebidas alcohólicas en la población urbana entre los 12 a 17 años fué del 27.6%, y el 53.5% de los individuos entre 18 y 65 años. Estos datos son conservadores debido a que no incluyen el consumo de alcohol de 96°, ni la producción clandestina, ni doméstica, que alcanza cifras importantes en algunas Regiones. Tampoco incluye los volúmenes de producción de pequeñas empresas que no están sujetas a control sanitario ni fiscal.

2.-Aproximadamente la quinta parte de los hombres de 18 a 65 años, que consumen bebidas alcohólicas, tienen una frecuencia de embriaguez de cuando menos una vez por mes; para las mujeres este porcentaje es inferior al 1%. Las bebidas alcohólicas de

mayor preferencia por parte de los bebedores son la cerveza (80%) y los destilados (75%).

3.-De la población total de bebedores y ex-bebedores el 16% se involucró alguna vez en accidentes o violencia por el consumo de bebidas alcohólicas, el 14.9% tuvo algún problema con su familia y el 12.4% reportó problemas de salud por esta causa. Del total de bebedores, el 35.8% tuvo problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.

4.-En relación a la población femenina que ha estado embarazada, el 16.8% consumió bebidas alcohólicas en su último embarazo, 8% tomó de acuerdo a su patrón de consumo habitual y 5.7% redujo la ingestión de bebidas alcohólicas.

5.-Por Regiones, en la zona Centro (Guanajuato, Hidalgo, México, Puebla, Querétaro, Tlaxcala), es donde se observa la prevalencia de dependencia al alcohol más elevada (7.2%), y en la Región Centro Sur (Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Veracruz) la más baja (4.7%). También es en la Región Centro en donde se observa el mayor porcentaje de bebedores que han tenido problemas por su consumo de bebidas alcohólicas en los últimos doce meses, siendo el 60% de la población masculina de 18 a 65 años, mientras que en la Región Centro Sur el 42% de esa población ha tenido problemas con su forma de beber.

Por otra parte aunque el consumo es más elevado en otros países como España, Francia, Alemania, etc. Las consecuencias en México son más serias debido a que el patrón de consumo mexicano, exceptuando a las personas con dependencia severa es el denominado episódico. Es decir el consumo diario es poco común, sin embargo el consumo de grandes cantidades por ocasión de consumo es frecuente en un tiempo

reducido. Este patrón de consumo tiene graves consecuencias sociales alteraciones de la vida familiar, delitos y accidentes (Campillo, Medina-Mora, 1978).

El consumo per-cápita ha aumentado en México en los últimos años (4.72 litros de etanol en la población total, y 8.62 en la población mayor de 15 años), esto podría atribuirse a la facilidad con la que el alcohol se adquiere, por ser una droga socialmente permitida y de fácil acceso, se han observado además cambios en la preferencia por algunas bebidas, como la disminución del gusto por el pulque, y el aumento por el consumo de cerveza, vinos y brandy. Existe evidencia de que se ha estado utilizando el alcohol de 96 grados como bebida alcohólica dado su bajo costo y libre acceso a la población (De la Fuente, 1987).

El abuso en la ingestión de alcohol, tanto en zonas urbanas como rurales, se favorece por la costumbre, la tolerancia cultural, la libertad para su venta la propaganda intensa que promueve su consumo, además de que la industria alcoholera desempeña un papel importante en la economía del país, hasta 1940 el mexicano consumía preferentemente cerveza tequila y ron, después se agregaron los vinos (De la Fuente, 1987).

Dentro de la estimación del alcoholismo, las tasas de defunción por cirrosis hepática de tipo alcohólico, son consideradas indicadores clásicos del problema. En México se encuentra entre las diez primeras causas de muerte entre la población general, y entre las tres primeras causas de muerte entre la población masculina de 40 a 54 años de edad, es además de las más elevadas de América, más alta que la reportada en algunos países de Europa y Oceanía y comparable a la de España en la población masculina, esta situación se agudiza considerando la mala nutrición endémica de grandes sectores de la población (op.cit.).

Otra de las repercusiones importantes es el ausentismo laboral, que se considera dos veces mayor entre las personas que consumen alcohol, que entre aquellas que no lo consumen, se calcula que el 12% del total del ausentismo laboral se debe a la ingestión exagerada de alcohol, y está asociado a la pérdida de 160 000 horas quincenales entre los trabajadores asegurados (op.cit.).

Turull (1982), realiza una investigación en el barrio de Tepito de la Ciudad de México en la cual se detectó que más del 50% de la población masculina estudiada había presentado situaciones de conflicto con la familia (v.g. problemas sexuales con la pareja, infidelidad, separación, abandono del hogar, incumplimiento de los recursos económicos, comportamiento agresivo, descuido de la salud, de la familia, en la educación de los hijos, y falta de dedicación de tiempo libre con la familia).

1.4 NIVELES DE INTERVENCIÓN.

A pesar de que en México, la preocupación oficial a nivel nacional acerca del consumo de bebidas alcohólicas sobre la salud pública se remonta al Congreso Constituyente de 1917 no fue sino hasta 1963, en donde surge para nuestro país al igual que otros de América Latina, la posibilidad de adoptar una serie de principios para llevar a cabo estudios epidemiológicos, los cuales han estado a cargo entre otras Instituciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría (Campillo, 1982). Actualmente la Dirección General de Epidemiología es la que realiza estos estudios.

En la investigación epidemiológica en materia de alcohol, se utilizan principalmente los métodos indirectos y los métodos directos. En México las primeras estrategias que se desarrollaron fueron las indirectas, básicamente a través de las tasas de mortalidad por cirrosis hepática, las de psicosis alcohólica, accidentes de tránsito, e internamientos en hospitales psiquiátricos. Sin embargo son datos poco realistas, dadas las deficiencias en los registros, y la cobertura limitada de los servicios asistenciales (Campillo y Medina-Mora, 1978). Uno de los métodos más utilizados para conocer la prevalencia del consumo de alcohol es la utilización del consumo per-cápita, sin embargo éste tipo de indicador ofrece poca confiabilidad, si se considera las deficiencias en cuanto al manejo estadístico de la producción de bebidas alcohólicas, y la producción clandestina de alcohol (Ríos, 1985).

En México, el método directo más utilizado para conocer la prevalencia de diversos tipos de bebedores en población abierta, así como otro tipo de fenómenos relacionados con el consumo, es el de la aplicación de la encuesta en hogares. Estas se han realizado en diversas ciudades de la República Mexicana como Puebla, San Luis Potosí,

Monterrey, La Paz, Baja California, de acuerdo con las definiciones de Callahan 1969(Cabildo, Silva y Juárez 1969; De La Parra, Terroba, Medina Mora 1980; De La Parra, Terroba, Medina Mora 1976; Medina Mora, De La Parra y Terroba 1980; Medina-Mora, De La Parra y Terroba 1978; Natera y Terroba, 1982)

Considerando la importancia que tiene el alcohol dentro de la cultura mexicana, que genera, que gran parte de la vida social gire alrededor de éste, por tal motivo es que las acciones que se deriven en materia de prevención primaria deberán sustentarse por una parte, en la educación de la comunidad y la reglamentación de la producción y venta de las bebidas alcohólicas, de tal forma que los programas de prevención que se realicen en diferentes lugares permitan la detección temprana de casos de abuso de alcohol y, por ende la posibilidad de iniciar un tratamiento oportuno.(Calderón, 1985).

La presente investigación se enmarca dentro del nivel de prevención secundaria, es decir lo referente a los aspectos de atención, intervención, y tratamiento de abuso de alcohol en México, analizando basicamente tanto la metodología que diversos centros de atención utilizan para evaluar los resultados derivados de dicho proceso, así como la utilizada dentro de las publicaciones especializadas en esta área, dado que en la actualidad existe una polémica de todos los tratamientos, en cuanto a la efectividad de los resultados, sin embargo parece que es un problema que sigue sin solución por la complejidad que presenta.

CAPÍTULO 2.-

***LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN LOS
TRATAMIENTOS PARA EL ABUSO DE ALCOHOL Y EL ALCOHOLISMO EN
MÉXICO.***

2.1.- MODELOS DE TRATAMIENTO.

La búsqueda de modelos de tratamiento efectivos para el abuso de alcohol, ha despertado un creciente interés sobre todo en las Ciencias Médicas y las Ciencias Sociales, no obstante lo anterior los resultados de los estudios dentro de la literatura especializada, evidencian la ineffectividad de los modelos tradicionales de abordaje a esta problemática (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995).

El modelo de abordaje que prevalece fundamentalmente en las Ciencias Médicas, establece como objetivo de tratamiento y criterio de éxito la abstinencia, utilizando en su mayoría tres líneas de intervención:

1.- Empleo de Medicamentos. Que consiste básicamente en provocar respuestas desagradables con el consumo de alcohol, emplea fármacos como el disulfiram, carbamide, metronidazole, así mismo utiliza agentes psicotrópicos sobre todo en el proceso de desintoxicación, y la combinación de ansiolíticos con tranquilizantes menores, y por último el empleo del litio.

2.- Terapias Aversivas. Está en función de aparear sustancias desagradables ó estimulación eléctrica dolorosa con la ingesta de alcohol, con el objeto de provocar una respuesta negativa al consumo del mismo.

3.- Psicoterapia. Utilizada tanto de forma individual como grupal, en donde el "insight" es la piedra fundamental de su estrategia de intervención.(Ayala y Gutiérrez, 1993).

Se tiene evidencia, a través de las investigaciones realizadas en el área que, la gran mayoría de los resultados derivados del uso de la psicoterapia como modelo de intervención no puede comprobar su efectividad, (Matakas, Koesler y Leidner, 1978). De igual manera en los diferentes tipos de tratamiento, éstos en su mayoría han

demostrado ser poco efectivos, lo cual ha puesto en tela de juicio la abstinencia como única meta de tratamiento y medida de efectividad, aunado a lo anterior el supuesto de que el logro de la abstinencia podrá ser factor necesario en la disminución de los problemas que enfrenta el bebedor (Baekeland, 1977; Emrick, 1982; Hill y Blane, 1967; Miller y Hester, 1980; Riley, Sobell, Leo, Sobell y Klajner, 1987; Voegtlin y cols, 1942; Ayala y Gutiérrez, 1993).

Por otra parte el comité de expertos en alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud OMS, hizo énfasis en que había que prestar atención no solamente a individuos con dependencia severa al alcohol, sino que existe un gran sector de la población que son los bebedores excesivos no alcohólicos, que constituyen una fuente permanente de problemas sanitarios (Elizondo, 1988). El bebedor problema (aquel individuo que tiene problemas identificables en el uso del alcohol, pero no ha experimentado los síntomas mayores de abstinencia al alcohol), existe en un número superior a los bebedores con dependencia severa, en una tasa que va de 3 a 1, hasta casi 7 a 1, (Cahalan, 1970; Cahalan y Room, 1974; Fillmore y Midanik, 1984; Polich y cols. 1981; Vaillant, 1983).

De acuerdo con las investigaciones realizadas en cuanto a bebedores problema se tiene que, el tipo de tratamiento más adecuado para este grupo, es diferente de los aplicados a bebedores con dependencia severa, es decir los tratamientos tradicionales(Heather y Robertson, 1985; Hill, 1985; Miller y Hester, 1980). Pareciera ser que para los bebedores problema la alternativa más adecuada sería la de tratamientos breves y de consulta externa, más que de tratamientos intensos y residenciales, no obstante lo anterior se tiene una carencia de servicios clínicos para este grupo de población, según lo investigado por Hill en 1985, Fillmore y Midanik en 1984.

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) es una ha presentado avances significativos, que han derivado en contribuciones importantes a la comprensión sobre el uso y abuso del alcohol. En este sentido es de esperar que en el futuro tomando como base los principios de dicha teoría se desarrollen programas de prevención primaria para niños y adolescentes, así como la investigación dirigida a dilucidar la interacción entre factores biológicos (bio-químicos, endocrinos y psicofisiológicos) con variables psicosociales, que sin duda aportará adelantos importantes en el campo. Sin lugar a dudas, existen hallazgos importantes de las aportaciones de esta teoría al estudio de las relaciones de las drogas (Ayala, 1993).

Esta teoría no descarta que los factores farmacológicos puedan contribuir al alcoholismo, sin embargo a diferencia del modelo de enfermedad, que utiliza factores farmacológicos y fisiológicos como conceptos explicativos directos y exclusivos, la visión derivada del aprendizaje social los considera como factores que interactúan y que son mediados por procesos psicológicos. Existe una creciente evidencia que sugiere que los fenómenos conductuales del regosto y pérdida de control, que usualmente se atribuyen a la dependencia física al alcohol, surgen en gran parte de las expectativas que un individuo tiene sobre el alcohol (Goldman, Brown y Chistiansen, 1987). Más aún, otros investigadores sugieren que aunque es importante reconocer que las influencias farmacológicas directas contribuyen al desarrollo de la tolerancia y la dependencia, es particularmente crítico considerar como interactúan estos factores con variables de aprendizaje social para moderar la conducta de beber alcohol (Ayala, 1993).

Así existe un creciente consenso de los investigadores en el sentido de que las características del alcoholismo no son resultado único de la farmacología del alcohol, sino que los factores psicológicos y las variables de aprendizaje social juegan un papel preponderante (Ayala, 1993).

Bajo este enfoque, surge la orientación de los tratamientos en función de la moderación como meta de tratamiento, siendo pioneros en estos trabajos (Lovibond y Caddy, 1970). Utilizando una aproximación conductual que enfatizaba el autocontrol como procedimiento principal de intervención. Entre los diferentes investigadores que han instrumentado programas basados en este modelo están Miller (1978), Pattison, Sobell y Sobell (1977); Sánchez-Craig y cols (1984); Rychtarik y cols (1987); Heather (1986); Alden (1978). (op cit.).

De los estudios controlados dirigidos a evaluar los resultados de los programas de tratamiento dirigidos hacia la moderación, sobresale el de los investigadores Polich, Armor y Braiker (1981), los cuales reportaron que en un seguimiento de cuatro años a personas que se les proporcionó tratamiento, sólo un 7% lograron la abstinencia. De igual manera en otro estudio Heather y cols. 1985, encontraron que en una muestra de alcohólicos, sólo un 7% logró la moderación, y no se logró ningún caso a través de la abstinencia, el intervalo de seguimiento utilizado en este caso fue de cinco a siete años (op cit.).

Con el avance de las investigaciones se han desarrollado programas de tratamiento conductual más sofisticados para el abordaje de los problemas de abuso de alcohol, dados los siguientes factores:

a) De acuerdo con las investigaciones de Childress, McClellan y O'Brien (1985) y Wilson (1987), la efectividad limitada de los tratamientos conductuales tradicionales (v.g. entrenamiento en relajación, condicionamiento aversivo, condicionamiento encubierto, entrenamiento en asertividad, manejo de contingencias.(Ayala y Gutiérrez, 1993).

b) Conceptualizaciones sobre el abuso de alcohol cada vez más complejas y multivariadas. Marlatt y Gordon (1985), Sobell y Sobell (1987), Finney, Moss y Newborn (1980), (Ayala y Gutiérrez, 1993).

c) La creciente influencia de factores cognoscitivos en la terapia conductual Bandura (1986), Beck (1976), Marlatt y Gordon (1985), (op. cit.).

Las características centrales de estos tratamientos conductuales de la segunda generación combinan aproximaciones anteriores con las nuevas, observándose así mayores beneficios para el paciente e incluyen:

a) Técnicas de autocontrol (v.g. auto-monitoreo del consumo, auto-selección de metas de tratamiento y biblioterapia).

b) Análisis funcional del beber (v.g. identificación de los antecedentes y consecuentes de situaciones de beber bajo y alto riesgo).

c) Reestructuración cognoscitiva.

d) Desarrollo de las estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo de beber (op. cit.)

En la actualidad, el modelo médico constituye la posición oficial del gobierno estadounidense. En cuanto al manejo y tratamiento de las personas con problemas de alcoholismo en los Estados Unidos, el florecimiento de este modelo ha sido concomitante al de Alcohólicos Anónimos y en muchos casos existe una combinación de ambos métodos. La corriente actual favorece el internamiento del alcohólico durante un lapso entre cuatro a seis semanas, el empleo del Disulfirán y la participación de la familia en su tratamiento, este manejo ha favorecido la aparición de lo que podría llamarse "industria del tratamiento del alcohólico", constituida por aquellos grupos e individuos encargados del tratamiento y rehabilitación de alcohólicos, financiados

generosamente por las instituciones gubernamentales de salud, por consorcios industriales y comerciales, por grupos religiosos y educativos y asociaciones de beneficencia , además de los grupos Alcohólicos Anónimos, Alanón y Alateen, que se autofinancian (Elizondo, 1988).

En México en cuanto a la infraestructura y programas de atención en alcoholismo, las instituciones del Sector Salud que pueden actuar son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y los Centros de Integración Juvenil (CIJ). A las instituciones del Sector Salud se suman los servicios médicos de otras dependencias gubernamentales, como son el Departamento del Distrito Federal (DDF) y los Servicios Coordinados de Prevención y Readaptación Social de la Secretaría de Gobernación que cuentan con cinco escuelas para menores infractores derivadas del Consejo Tutelar para Menores del Distrito Federal. Sin embargo el tipo de atención que se ofrece en las unidades de atención, por lo general se limita a la desintoxicación y al tratamiento de complicaciones médicas, y en algunos casos se incluyen medidas orientadas a atender a pacientes alcohólicos y a personas que sufren manifestaciones psiquiátricas causadas por el uso y abuso del alcohol (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 1992-1994).

Sin embargo de las acciones que las instituciones realizan en conjunto podría concluirse que:

- a).-No existen políticas unificadas para los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación que dan estas instituciones.
- b).-No existen criterios homogéneos respecto al concepto de la enfermedad, diagnóstico, pronóstico y estrategias terapéuticas a seguir.

- e).-La mayor parte de las unidades hospitalarias de estas instituciones se concretan a desintoxicar al alcoholismo y a tratar las complicaciones orgánicas de su alcoholismo.
- d).-Con mucha frecuencia, los pacientes alcohólicos no son aceptados en las unidades hospitalarias de dichas instituciones, debido a la falta de sensibilización o de preparación para la valoración de estos casos por parte del personal.
- e).-En los hospitales psiquiátricos el porcentaje de ingresos para alcohólicos está aumentando gradualmente cada año y son el tipo de pacientes que más reingresos tienen al hospital.
- f).-Cuando en alguna de estas instituciones se ofrece algún tratamiento de rehabilitación, lo hacen exclusivamente a través de grupos institucionales de Alcohólicos Anónimos o Alanón.
- g).-Prácticamente, ninguna de las instituciones mencionadas cuenta con servicios especializados integrales para rehabilitación de alcohólicos (Elizondo, 1988)

Fuera del Sector Público, existen diferentes centros de atención que proporcionan tratamiento integral a los enfermos con síndrome de dependencia severa al alcohol, así como a sus familiares , a través de un programa multidisciplinario, como el CAIPA, Monte Fénix, etc (op.cit).

En nuestro país, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México en colaboración con la Fundación para la Investigación de las Adicciones del Gobierno de Canadá, ofrece el Programa de Autocontrol Dirigido para Bebedores Problema, este modelo de tratamiento utiliza supuestos básicos enmarcados dentro de "La aproximación del Aprendizaje Social," de corte cognitivo-conductual se caracteriza por ser una intervención breve, en la cual el usuario elige su meta de tratamiento sea esta moderación o abstinencia y donde la responsabilidad para el cambio se centra en el

propio bebedor, (Cárdenas, Echeverría y Ayala, 1994). Los resultados iniciales de la aplicación de este modelo se encuentran en Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, (1995).

2.2 EVALUACIÓN CONDUCTUAL.

La evaluación conductual es un concepto que se deriva de la terapia o modificación de conducta, en la cual una de las principales características para el abordaje de los problemas, lo constituye la estrecha relación entre evaluación e intervención o tratamiento, dándose entre ambos procesos una constante interdependencia (Fernández y Carrobles, 1983).

Es en este sentido, que muchos investigadores conductuales, han trabajado en hacer diferentes planteamientos de las fases, o funciones de la evaluación, en el artículo de Fernández y Carrobles (1983) "Evaluación versus Tratamiento" se propone un modelo que consta de seis fases, objetivos y etapas, del proceso en evaluación y modificación de conducta dichas fases son:

- a)Formulación y evaluación del problema.-
- b).-Formulación de hipótesis.
- c).-Selección de conductas-clave y variables relevantes.
- d).-Tratamiento: Recogida de datos pertinentes a las hipótesis.
- e).-Valoración de los resultados.
- f).-Seguimiento.

Reyes y Cos (1994), derivado del modelo de Fernández y Carrobles realizan un diagrama del proceso de evaluación en la intervención clínica.

Dentro de la perspectiva conductual, el análisis de las conductas adictivas se realiza , basado en el modelo del Aprendizaje Social, y se considera que el abuso de una sustancia es una conducta aprendida que se mueve en un continuo que va desde la abstinencia hasta el alcoholismo, en tal virtud lo que se pretende a través de la

medición, es obtener una descripción de lo que las personas hacen cuando beben, la cantidad y frecuencia con que consumen, el estado de ánimo predominante con dicho consumo, la búsqueda de las condiciones bajo las cuales se adquirió esta conducta y como se está manteniendo (Marlatt, 1980; Echeverría, Cárdenas, Cruz, Oviedo, Medina, y Ayala, 1992). Es decir el objetivo principal es el de describir la conducta de la persona, no etiquetarla, motivar al individuo a cooperar en la descripción y discusión de su problema de consumo. Es decir se busca la participación del usuario no para que reconozca su condición de "alcohólico", sino para que identifique su patrón de consumo y su estilo de vida relacionado al problema, como punto de partida para la implementación del tratamiento (Echeverría y cols. 1992).

Obtener información relevante acerca de:

- 1.-Identificación de un patrón de consumo (frecuencia, cantidad, forma de consumo, etc).
- 2.-Identificación de las variables antecedentes y consecuentes y la interrelación que mantienen con la conducta de consumo.
- 3.-Planeación de estrategias y las metas de un tratamiento.
- 4.-Selección del orden de atención de los distintos problemas detectados.
- 5.-Medición de los efectos a corto y largo plazo de un tratamiento, para poder evaluar su efectividad.

Esto permitirá que en la fase de pretratamiento, se identifiquen los eventos que anteceden el consumo excesivo de alcohol, así como las consecuencias a corto y largo plazo que mantienen la conducta, información de vital importancia para definir la conducta problema del usuario y tener la pauta de su respuesta ante el tratamiento, además permite medir niveles diferenciales de deterioro del pretratamiento, esta información puede ser comparada con la obtenida en el postratamiento para medir el cambio durante el tratamiento (Sobell y Sobell, 1981; Division of Mental Health and

Behavioral Medicine, 1989b; Echeverría, Cárdenas, Cruz, Oviedo, Medina y Ayala, 1992).

En la fase de tratamiento la medición mostrará la viabilidad de las estrategias iniciales, es decir la identificación, reporte y medición de todos sus componentes para saber que variables han contribuido a lograr puntos de mejora, ausencia de cambio, o en su caso retroceso del punto inicial (Sobell y Sobell, 1981) lo cual indicará la pertinencia de realizar cambios en el mismo, debido a variables no detectados en la medición inicial, algunas de estas pueden ser las relacionadas con el paciente (v.g. la motivación), las variables relacionadas con el terapeuta (v.g. características personales, y sociales nivel de entrenamiento, experiencia clínica, principios éticos), las variables relacionadas con el medio en que se administra el tratamiento, y por último las variables relacionadas con el medio físico y social del sujeto (v.g. vivienda, lugar de residencia, empleo, situación económica, relaciones familiares, posible cooperación de algún familiar en el tratamiento (Fernández y Carrobbles, 1983).

En la fase de postratamiento, la medición permitirá registrar en que porcentaje se lograron las metas propuestas, así como las señales para intervenir de manera oportuna en caso de recaída (op. cit.)

El abordaje de la evaluación conductual del abuso de alcohol, se ha dado en dos niveles los cuales son:

1).-Evaluación conductual en el laboratorio.- enfocado principalmente a la obtención de una descripción objetiva de las características del consumo de alcohol y también para conseguir métodos más objetivos de la efectividad del tratamiento utilizado, estos estudios se pueden agrupar en tres grandes grupos que son:

- a). Métodos operantes
- b). Pruebas de elección de bebida.
- c). Bebidas ad libitum.

2).-Evaluación conductual en ambientes naturales.- esta medición se logra a través de :

- a). Medidas de auto-informe.
- b). Observación de la conducta de beber en ambiente natural.
- c) Medidas fisiológicas.

Medidas de auto-informe.- Son las medidas de evaluación más utilizadas y los informes de las personas allegadas, dirigidos fundamentalmente a obtener datos sobre el consumo de la sustancia y sus consecuencias, las hojas de auto-registro han sido utilizadas para la obtención de la línea-base y de situaciones de seguimiento, así mismo las medidas fisiológicas como el nivel de alcohol en sangre, o alcoholemia es un indicativo directo de la intoxicación por alcohol (Fernández y Carrobes, 1983).

Una de las precursoras hojas de auto-registro se debe a Sobell y Sobell (1973), los cuales elaboraron la llamada AIS (Alcohol Intake Sheet), que es una hoja de ingesta de alcohol utilizada para obtener patrones de consumo (op.cit.), así mismo Sobell en 1982 desarrolla la “Línea Base Retrospectiva”, que es un instrumento utilizado para evaluar patrones de consumo y antecedentes de uso de alcohol en bebedores problema ocasionales o atípicos, en un período específico mínimo de 12 meses. Es un instrumento que ha sido aplicado en diferentes poblaciones de abusadores de alcohol, y países dentro de los cuales está su aplicación reciente en México (Sobell y Sobell, 1992; Sobell, 1993).

Por su parte Annis en 1982, desarrolla otro cuestionario de auto-reporte el “Inventario Situacional de Consumo de Alcohol”, para medir una serie de situaciones o eventos que representan un alto riesgo para el individuo y que frecuentemente tienen como resultado el consumo excesivo de la persona, es un instrumento formado por 100 reactivos diseñados para medir aquellas situaciones en las que se consume en exceso, y es útil además como herramienta para planear las estrategias de tratamiento. Es un instrumento ha sido traducido, adaptado y aplicado para bebedores problema en México, por

Echeverría, Cárdenas y Ayala (1992) de la Facultad de Psicología de la UNAM., en colaboración con la (Addiction Research Foundation) Fundación de Investigaciones en Adicciones del Canadá (Echeverría, Cárdenas, Cruz, Oviedo, Medina y Ayala, 1992).

Observación de la conducta de beber en ambiente natural.- Adicionalmente a la información proporcionada en los auto-reportes de los sujetos, con el propósito de confirmar estos datos, se recurre con frecuencia a otras fuentes : los reportes colaterales que son entrevistas de personas cercanas a los sujetos (cónyuge, familiares, amigos, vecinos), registros oficiales de (arresto, hospitalización, infracciones de conducir etc), reportes de personal de las empresas, pruebas de aliento alcohólico, pruebas periódicas de funcionamiento del hígado y cualquier otra medida de valor para un estudio específico (Sobell y Sobell, 1981; Sobell, Sobell, Leo y Cancillas, 1988; Sobell y Sobell, 1990; Reyes y Cos, 1994).

Medidas fisiológicas.- El uso de marcadores biológicos es un medio útil que puede emplearse conjuntamente con otro tipo de reportes, tales como parche de sudor, medición del incremento de las enzimas en el hígado, del volumen corpuscular medio de células rojas en la sangre, de los niveles de alta densidad de colesterol lipoproteínico y medición de los niveles de la plaqueta monoamino-oxidasa (Division of Mental Health and Behavioral Medicine , 1989b).

Sin embargo resulta difícil la utilización de estos indicadores , dado que después de la ingesta de alcohol dicha sustancia es eliminada en un plazo relativamente corto lo cual indica solamente el consumo ocurrido en ese día , pero no de una manera retrospectiva (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989b; Longabaugh, 1989).

Los instrumentos y técnicas de medición utilizados en las distintas fases de evaluación son muy variadas, pero una de las técnicas más utilizadas para la recopilación de los datos es la entrevista, dada su aplicación en las diversas fases de la intervención clínica (pretratamiento, tratamiento y postratamiento) ya que refleja adecuadamente la conducta en su ambiente natural (Silva, 1983).

Otro método recientemente desarrollado ha sido la recopilación de datos a través de la automatización con ventajas en la reducción del costo en la autoadministración de los cuestionarios, por otra parte evita que los sujetos emitan respuestas de tipo convencional y además favorece la creación de bases de datos con los correspondientes beneficios para el manejo de la información aplicados en los diseños experimentales o cuasi experimentales (Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1989b).

En relación a la evaluación de la satisfacción que los usuarios tienen con el tratamiento, ésta se mide a través del Cuestionario de Evaluación del Tratamiento, que es una forma que es llenada por ellos al finalizar el programa (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez. 1995)

2.3 LIMITACIONES Y DEFICIENCIAS EN LA METODOLOGÍA DE LOS REPORTES DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE CONSUMO DE ALCOHOL EXCESIVO.

En el campo de la investigación acerca de tratamientos de consumo de alcohol excesivo se han efectuado revisiones acerca de la metodología utilizada para su evaluación, autores como Crawford y Chalupsky en 1977; Hill y Blane en 1967; Miller, Pokorny, Valles y Cleveland en 1970; Polich en 1982; Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens en 1987; Voegtlin y Lemere en 1942, han desarrollado diferentes estudios que han evidenciado las debilidades específicas, así como los logros en la superación de algunas de éstas, sin embargo prevalece la necesidad de contar con criterios metodológicos bien definidos que permitan evaluar y comparar la efectividad de los tratamientos existentes en este campo.

El aspecto evaluativo es objeto de un creciente interés por parte de la comunidad científica. En repetidas ocasiones, el personal que desarrolla tratamientos e investigaciones, han cuestionado la efectividad de los mismos y se han formulado una serie de dudas que aparentemente son muy simples de resolver sin embargo, la realidad se encuentra inmersa en una compleja variedad de aspectos metodológicos y de opiniones muy diversas por parte de los diferentes autores (Nace 1989).

Es a partir de la década de los años setenta que se han desarrollado una serie de reportes con la finalidad de evaluar la efectividad de los tratamientos para bebedores problema seleccionados en la comunidad, más que de escenarios de tratamiento tradicional (Division of Mental Health and Behavioral Medicine 1989a).

En 1990, el director del Instituto Nacional Americano sobre el abuso de alcohol y alcoholismo, Enoch Gordis, señala cual es el panorama actual en ese país en materia de tratamientos, refiriendo que la tendencia que prevalece sobre los programas de

tratamiento privado es el de internamiento de los pacientes, caracterizados por ser altamente costosos, y carecer de procedimientos para la evaluación objetiva de sus resultados, lo cual pone de manifiesto la carencia de una apropiada evidencia científica de efectividad (Peel, 1990). Esto explica el hecho del porqué los compradores de tratamiento de abuso de alcohol así como los pacientes realizan la adquisición de esfuerzos de tratamiento más que de resultados efectivos de los mismos (Allo, Mintzes y Brook, 1988).

En este mismo sentido, Marlatt menciona que la efectividad de las aproximaciones tradicionales de tratamiento de alcoholismo en Estados Unidos es muy cuestionable, por tanto él recomienda que su país adopte lo que él considera una aproximación y actitud más progresista, como por ejemplo lo que se usa en países como Gran Bretaña, Australia, Canadá en donde el problema del consumo inmoderado de alcohol, es visto desde la perspectiva del Aprendizaje Social (Kirn, 1986).

Miller y Hester realizaron una investigación acerca de la efectividad de las aproximaciones tradicionales de tratamiento americanas, y encontraron una carencia en este sentido, por la falta de evidencia científica de efectividad de los tratamientos v.g. Alcohólicos Anónimos, educación sobre el alcohol, confrontación, disulfiram, terapia de grupo y asesoría individual, de igual forma 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 (Peel, 1990)

Marlatt y Hester con mayor piensan que los tratamientos deberían ser preferentemente breves y que la abstinencia total como meta de tratamiento, no es una aproximación viable, especialmente para personas jóvenes (Kirn, 1986).

En el mismo sentido, Hoffmann afirma que aunque los métodos de tratamiento tradicional en Estados Unidos no son perfectos, es cierto que en el panorama general puede observarse que se está gestando una mejora (Kirn, 1986).

Una perspectiva diferente es la de Vaillant, quien en 1983 concluye que existe evidencia de que los resultados de su tratamiento no habían sido mejores que el curso natural del alcoholismo, para lo cual realizó una revisión metodológica acerca del diseño de investigación, seguimiento a largo plazo y una muestra sin tratamiento. La principal objeción a la conclusión de Vaillant se encuentra en un problema de tipo metodológico llamado "incomparabilidad" de las muestras clínicas con tratamiento y la natural sin tratamiento (Nace, 1989).

Esta deficiencia fué confirmada en 1984 por Fillmore y Midanik, quienes demostraron que la cronocidad del problema del alcoholismo está en función de la edad de la muestra; en el estudio de Vaillant en 1983, la edad promedio de la muestra sin tratamiento era de 35 años, mientras que en la muestra clínica era de 45 años, y por lo tanto, esta comparación no permite probar el resultado del tratamiento contra el resultado natural. Un segundo problema fué que, la muestra "natural" eliminó a hombres con historia temprana de alcoholismo, y por tanto tenían un pronóstico más favorable. El 70% de la muestra clínica pertenecía a un estatus social marginal mientras que la muestra natural, había experimentado un ascenso considerable al compararlos con la clase social de sus padres. Estos son algunos de los aspectos metodológicos que tal vez dificultaron la comparación de la efectividad del tratamiento, así como probablemente pudieron sesgar los resultados de la investigación (Nace, 1989).

Por su parte Longabaugh refiere que, la percepción general de la comunidad investigadora acerca de los hallazgos de resultados de tratamiento, es que existe una gran discrepancia entre las promesas de efectividad de los mismos y los resultados obtenidos, y percibe que las investigaciones sobre dichos resultados demuestran una

efectividad limitada. Las comparaciones sugieren que son muy pocos los tratamientos que ofrecen ventajas o superioridad sobre los demás, que las diferencias observadas son transitorias, y más aún, que la mejora de los pacientes tratados rebasa muy modestamente los resultados de quienes no reciben tratamiento, por lo tanto, es de vital importancia para la investigación, el documentar cuáles tratamientos han sido exitosos, para quienes y como, de tal manera que se pueda proporcionar cuidado empíricamente guiado y validado (Longabaugh y Lewis, 1988).

Costello y cols. (1977) centraron su investigación en estudios que cumplieran con un mínimo de criterios metodológicos y encontraron, después de un año de postratamiento, una tasa de éxito del 50% en pacientes con pronóstico favorable tratados en programas de componentes múltiples, mientras que después de un año de postratamiento en pacientes con pronóstico pobre y recursos limitados, la tasa de éxito fué de tan solo el 15% (Nace, 1989).

Como puede observarse en el recientemente incursionado campo de la investigación evaluativa en materia de resultados de tratamiento, existen diversos puntos de vista que coinciden, difieren, y contrastan entre sí. La investigación sobre resultados de tratamiento indica, que aunque el tratamiento es efectivo , se han encontrado sin embargo grandes diferencias basadas en las características de los pacientes, escenario del tratamiento y cualidades del terapeuta (Frances, 1988).

En este sentido Emrick y Hansen (1985) refieren que es difícil encontrar buenos estudios acerca de resultados, porque existen varios problemas de tipo metodológico como las características de los pacientes, procedimiento para la selección de la muestra, deserción, duración del seguimiento, factores no específicos dentro y fuera del tratamiento, variables de resultado y análisis de datos (Frances, 1988).

Las características de los pacientes que tienen un pronóstico favorable o positivo incluyen: alta estabilidad socioeconómica, historia positiva de trabajo, alto estatus ocupacional, carencia de problemas médicos o psiquiátricos, baja sociopatía, historia familiar de alcoholismo negativa, casado o cohabitado, historia previa al tratamiento de contacto con A.A., pocos arrestos (op. cit.).

Programas como los del Centro de Tratamiento Hazelton, que selecciona pacientes con características como las inencionadas, reportan tasas de éxito de 62% a los 18 meses con un 75% de seguimiento (op. cit.).

Aunque ha habido muchas revisiones acerca de la metodología utilizada en este campo, destaca de manera importante la comparación desarrollada por Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens (1987), de los estudios de tratamiento publicados en dos períodos. Entre las deficiencias metodológicas encontradas por ellos pueden mencionarse las siguientes:

- 1).-Reporte insuficiente acerca de los antecedentes de los sujetos y de las variables de su historia de consumo.
- 2).-Descripción inadecuada del tratamiento proporcionado.
- 3).-Deficiencia en la obtención de datos del pretratamiento acerca de las variables medidas en el seguimiento, y errores en la examinación de posibles diferencias de pretratamiento entre los grupos de tratamiento.
- 4).-Emisión de conclusiones sin análisis estadístico o uso inadecuado de las estadísticas.
- 5).-Errores en la medición cuantitativa de la conducta del beber.

En general, el mayor problema detectado es la inconsistencia en la forma en que los estudios son reportados. Dado que los tipos de inconsistencias que abundan en la literatura pueden ir desde una gran variabilidad en la cantidad y calidad de los datos de pretratamiento presentados, hasta el uso de categorías idiosincráticas de resultado. Este punto es el más desafortunado porque las comparaciones significativas entre los diversos estudios resulta prácticamente imposible y ni siquiera puede realizarse la comparación de

la efectividad de los tratamientos, lo cual sería el objetivo principal de las investigaciones sobre estudios de resultados.

2.4 AVANCES METODOLÓGICOS EN LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE ALCOHOL .

Debido al creciente interés de los investigadores que desarrollan programas de tratamiento de conductas adictivas, existe una tendencia de compromiso en la evaluación de los servicios que prestan, para poder documentar sus logros y contribuir de esta manera a refinar los tratamientos (Graham, 1994).

A continuación se presentan las opiniones de algunos autores para mejorar las técnicas de evaluación de resultados de tratamiento de abuso de alcohol.

Como primera instancia, los evaluadores están reconociendo que los programas de intervención no son implementados en su totalidad como son planeados, ni aplicados a los clientes en forma fija o estándar (Finney y Moss, 1989).

Dado que los pacientes que se encuentran dentro de un programa pueden obtener diferentes cantidades y tipos de tratamiento, los investigadores están desarrollando una visión más diferencial de los procesos de tratamiento, y a su vez, están examinando la relación entre sus componentes específicos y el resultado de la intervención. De la misma manera los evaluadores de tratamiento se han dado cuenta de que existen otros factores poderosos extratratamiento o del contexto vida-salud de los pacientes, que pueden mediar los efectos de los programas de intervención e igualmente pueden afectar directamente el funcionamiento en el postratamiento (Finney y Moss, 1989; Sobell & Sobell 1981, Longabaugh, 1988; Longabaugh, 1989; Frances, 1988).

El consumo de alcohol es sin lugar a dudas una conducta clave en la medición de efectividad del tratamiento, sin embargo resulta 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: (Sobell y Sobell, 1981).

- a).- Definidas operacionalmente.
- b).- Cuantificables y continuamente definidas.
- c).- Confiables
- d).- Válidas.

La relevancia de esta información consiste en que puede ser útil, en el estudio de una recaída así mismo, resulta conveniente considerar las mediciones de funcionamiento cognoscitivo, los cambios de postratamiento en el funcionamiento neuropsicológico, la medición del consumo de otras drogas, 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).

Una de las revisiones críticas más recientes en este campo es la que realiza Graham en 1994, en su artículo "Guidelines for Using Standardized Outcome Measures Following Addictions Treatment" perteneciente al Addiction Research Foundation, ella refiere que los programas de tratamiento varían ampliamente en sus objetivos, características de los clientes, métodos y contenido del programa, interés habilidad, recursos para su evaluación y muchos otros factores, consecuentemente no existe un instrumento único de evaluación para todos los programas y los encargados de estos, se encuentran en la necesidad de elegir las mediciones más apropiadas a las características particulares del programa y de sus clientes.

Así mismo propone que para los programas de tratamiento de adicciones, es muy importante evaluar otras áreas de vida de los sujetos además del abuso de sustancias; algunas de estas áreas incluyen la autoestima, asertividad, salud física, estabilidad social, funcionamiento familiar y marital (Graham, 1994). La consideración de estas áreas es muy importante debido a:

a) Muchos programas contemplan el abandono del abuso de sustancias como el medio por el cual la persona puede mejorar su vida, sin embargo el objetivo más amplio del tratamiento, es que las cosas mejoren en general para la persona.

b) El abuso de sustancias es al menos parte del problema del estilo de vida y la observación de otras áreas de funcionamiento es muy útil porque, estas pueden estar implícitas en el éxito o fracaso de la persona al dejar de abusar del alcohol.

Finalmente esta evaluación proporciona un caso más convincente para el éxito del tratamiento, que la sola estimación del problema actual del cliente de abuso de sustancias (op. cit.).

AL SELECCIONAR MEDIDAS DE RESULTADOS O INSTRUMENTOS, ES RECOMENDABLE CONSIDERAR:

- 1) Que la medida proporcione una medición válida de lo que se pretende medir.
- 2) Que sea lo suficientemente sensible para detectar clínicamente los cambios logrados por el cliente.
- 3) Que sea válida y significativa para evaluar resultados con la población específica de interés.
- 4) Que sea aceptable a los clientes y respecto a los clientes (por ejemplo: que no implique decepción o manipulación).
- 5) Que proporcione información clínica útil, cuando se administre durante el seguimiento clínico individual a los clientes.
- 6) Que sea tan breve y fácil de administrar como sea posible mientras se cumpla con el criterio de validez.
- 7) Que pueda proporcionar un puntaje global (o posiblemente varios puntajes), que sea una medida significativa del estatus de esa área de vida, y que proporcione puntajes cuantitativos que permitan una fácil comparación pre y post test.

8) Que sea disponible para usarse sin costo, o con un costo mínimo.(op. cit.).

Así mismo que sea multidimensional, es decir que considere diversas modalidades en que manifiesta el comportamiento (v.g. verbal, psicológico).

USO DE LOS DATOS A PARTIR DE MEDIDAS DE RESULTADOS:

La medición de los resultados cubre una variedad de funciones, desde la perspectiva de la medición clínica, es importante para los que desarrollan programas de tratamiento, el descubrir lo que le sucede a los clientes una vez que terminan el tratamiento, muchos programas ya incluyen un seguimiento clínico en el componente de manejos de casos de post cuidado, en el cual se recomienda el uso de medidas estandarizadas ya que proporcionan un medio para que la recolección de información acerca del seguimiento, con el objeto de que este sea más sistemático y potencialmente más válido (Graham, 1994).

Los datos de medición de resultados son usados estadísticamente con propósitos administrativos y evaluativos. Los datos de resultados incluyen dos formatos básicos, el más simple consiste únicamente en datos del postratamiento, por ejemplo la tasa de abstinencia total de alcohol después del tratamiento .Otra medición de postratamiento consiste en medidas en donde no es posible hacer comparaciones con el pretratamiento, como por ejemplo la satisfacción y asistencia del cliente al post cuidado, de cualquier modo siempre resulta útil la comparación de datos pretratamiento versus postratamiento(Graham, 1994).

Las medidas de resultados proporcionan una tasa de éxito global del programa, en diversas áreas de vida. Algunas veces estas estadísticas son valiosas intrínsecamente, si la población de clientes está bien definida y las tasas promedio de abstinencia son

conocidas, puede hacerse una posible interpretación acerca del éxito del programa comparado con programas que han dado tratamiento a poblaciones similares. (op.cit.).

Los datos de efectividad de resultados también pueden ser usados para evaluar los supuestos del programa, por ejemplo: si un programa tiene un énfasis especial en el área de la autoestima y después del tratamiento se identifica que no hay cambio en la autoestima de los pacientes, esto podría ser objeto de investigaciones futuras acerca de este objetivo del programa. (op.cit.).

También las estadísticas basadas en datos de resultados pueden dar origen a una amplia variedad de preguntas en referencia a los efectos del programa por ejemplo: ciertos subgrupos de clientes “se desempeñaron mejor o peor que otros” (hombres v.s. mujeres, empleados v.s. desempleados, jóvenes v.s. viejos). (op.cit.).

Las relaciones entre puntajes de datos de resultados de diversas áreas de vida también pueden examinarse para entender mejor la naturaleza de la recuperación o para evaluar los supuestos del programa, por ejemplo: una relación positiva entre la reducción de consumo y el apoyo social podría indicar que el apoyo social fue un factor importante en el mantenimiento de los beneficios del programa; ambos factores podrían influir uno en el otro (op.cit.).

RELACIÓN ENTRE LA MEDICIÓN DE RESULTADOS Y OTRAS ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN.

1).-Medición de resultados versus medición inicial.- Intereses similares de confiabilidad y validez, son relevantes al realizar una medida en la evaluación inicial o en el seguimiento y generalmente, muchas de las mismas áreas de vida son medidas. De hecho

en muchas instancias el resultado es evaluado mediante el uso de las mismas medidas exactamente en el pretratamiento y en el postratamiento. Sin embargo hay diferencias en los dos tipos de medición concernientes a las metas de cada uno. En la evaluación inicial uno de los objetivos es obtener información pretest, en particular estos datos son empleados para la planeación del tratamiento, depuración de los problemas que requieren atención inmediata, e involucramiento del cliente en el proceso de tratamiento.

Aspectos como número de años de consumo excesivo, historia infantil de abuso sexual, historia del consumo familiar, son importantes en la determinación de la respuesta de tratamiento apropiada, pero no son típicamente áreas que deban ser evaluadas como medidas de resultado.

2).-*Monitoreo de resultados versus evaluación del proceso.*- Otro aspecto relevante, es el que se refiere al monitoreo de resultados en relación al proceso de evaluación, entendiéndose como tal el término usado cuando el “foco” de la evaluación está en describir los objetivos del programa, la administración del mismo y las características de quienes van a recibir el tratamiento. En general no resulta útil el destinar muchos recursos a la investigación de resultados sin un buen entendimiento de los objetivos del programa (¿Qué resultados trata de lograr la administración del programa?), el programa ha sido implementado de tal forma que se pueden lograr los resultados deseados y los receptores del programa; los pacientes se pueden beneficiar con el programa de la manera esperada.

Hasta que el proceso básico de evaluación ha sido completado, la medición de resultados es de mínimo valor. (Graham, 1994).

3).-*Monitoreo de resultados versus evaluación de la efectividad del programa.*- Puede apreciarse que los cambios de los pacientes, tanto positivos como negativos pueden deberse a diversas causas y no precisamente a que hayan recibido tratamiento. La evaluación de los programas emplean diseños y diversos tipos de información (incluso

de resultados) para evaluar no solo si los pacientes cambiaron, sino si esos cambios ocurrieron como resultado del tratamiento. En particular, la evaluación de la efectividad global de un programa requiere del uso de un diseño experimental. Éste permite también, el estudio de la generalización de los resultados obtenidos.

4).-*Monitoreo de resultados versus aseguramiento de la calidad.*- Típicamente, el aseguramiento de la calidad es el proceso en donde un programa es juzgado para cumplir con los estándares externos. En el caso de los programas de adicciones, estos estándares varían desde aquellos que tienen objetivos claramente especificados, hasta tener prácticas de aplicación claras para proporcionar un ambiente seguro para los clientes.

ASPECTOS PRÁCTICOS RELACIONADOS CON EL USO DE MEDIDAS DE RESULTADOS ESTANDARIZADOS COMO PARTE DEL SEGUIMIENTO.

Un programa puede hacer un mejor uso de información de resultados estandarizados cuando:

- 1).-El programa tiene un entendimiento claro de lo que se está haciendo y de los cambios esperados para los clientes como resultado de la intervención.
- 2).-El programa tiene metas específicas para los clientes (v.g. abstinencia, moderación, elevación de la autoestima , empleo estable, etc.).
- 3).-El programa cuenta con recursos y expertos para usar la información una vez que los datos han sido obtenidos.

***CAPÍTULO 3.-
MÉTODO.***

3.1.- OBJETIVO GENERAL.

El presente estudio tuvo como objetivo realizar una recopilación de las críticas hechas por otros autores, acerca de la metodología utilizada en la evaluación de resultados de efectividad de los tratamientos para abuso de alcohol en nuestro país, reportados tanto en revistas especializadas de Psicología, así como los resultados en diversos centros de tratamiento de la Ciudad de México, en el periodo comprendido de 1985 a 1995.

-OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.-Realizar un análisis de la metodología utilizada en los estudios de investigación publicados en revistas de habla hispana, sobre resultados de tratamiento de consumo excesivo de alcohol en México de 1985-1995.
- 2.-Diseñar y desarrollar un formato de entrevista que incluya los criterios de evaluación a considerar en los reportes de resultados de tratamiento.
- 3.-Aplicar el cuestionario en 14 centros de tratamiento de abuso de alcohol en la Ciudad de México.
- 4.-Realizar un análisis crítico con base en la revisión documental y aplicación del cuestionario, de la situación actual que guarda la metodología de evaluación de resultados de tratamiento de abuso de alcohol en México de 1985-1995.

3.2.-CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y VARIABLES.

La revisión y análisis crítico de los estudios de evaluación de resultados de tratamiento, así como la del cuestionario aplicado, se fundamentó principalmente en los criterios y variables utilizados en el artículo "ALCOHOL TREATMENT OUTCOME EVALUATION METHODOLOGY: STATE OF THE ART 1980-1984" de Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens (1987), por ser una de las revisiones científicas más completas efectuadas a la metodología existentes en este área. Las cuales son:

CARACTERÍSTICAS DEL PRETRATAMIENTO.

- 1) Descripción del tipo de evaluación del patrón de consumo previo al tratamiento.
- 2) Información sociodemográfica de pacientes tales como:

Edad

Sexo.

Estado Civil.

Grado máximo de escolaridad.

Ocupación actual.

Hospitalizaciones

Arrestos

Duración de la dependencia.

Severidad de la dependencia.

Función hepática

Funcionamiento Cognoscitivo.

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO.

- 1) Descripción del escenario del tratamiento:

Hospitalizados.

Externos.

Internamiento/Consulta Externa.

2) Descripción de la orientación del tratamiento:

Tratamiento Conductual.

Tratamiento Multimodal.

3) Descripción de la cantidad de tratamiento.

4) Cifras reportadas de reducción del grupo antes o durante el tratamiento:

5) Antecedentes del entrenamiento del personal.

FUENTES DE RECOPIACIÓN DE DATOS DE LOS RESULTADOS.

1) Tipo de instrumento utilizado para recabar datos:

Autoreportes.

Reportes colaterales.

Reportes oficiales.

Pruebas de aliento alcohólico.

Pruebas fisiológicas.

Reportes del personal de la institución.

Otros.

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

1) Reporte de la duración del intervalo de seguimiento.

2) Reporte de la duración de la muestra durante el seguimiento.

3) Porcentaje de sujetos encontrados para seguimiento, incluyendo sujetos muertos.

4) Reporte de datos de resultados de todo intervalo de seguimientos.

- 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.
- 9) Seguimiento traslapado con el tratamiento durante su evaluación.
- 10) Reporte de análisis estadístico.
- 11) Delineamiento de conclusiones de resultados sin ningún análisis estadístico.

MEDICIÓN DE RESULTADOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

- 1) No reportaron datos.
- 2) Si reportaron datos.
- 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 medidas cuantificables, continuas del consumo de alcohol.
- 6) Usaron como definición de resultado la total abstinencia.
- 7) Usaron como definición de resultado la abstinencia esencial.
- 8) Usaron como definición de resultado el consumo controlado , es decir el no tener problemas de consumo de alcohol.

3.3.- INSTRUMENTO

-Dada la carencia existente de publicaciones científicas especializadas en el área editadas en Español, y con base en los criterios y variables reportados en la investigación de Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens (1987), el “Cuestionario de Entrevista Inicial”, traducido por Echeverría, Cárdenas y Ayala (1992), así como algunas variables adicionales de las fases de pretratamiento y seguimiento que la suscrita consideró para cubrir los objetivos previamente señalados, se desarrolló un instrumento presentado en formato de entrevista el “Cuestionario de Criterios para la Evaluación de Efectividad de Resultados de Tratamiento de Consumo Excesivo de Alcohol”, que consta de 39 reactivos, y está dividido en las siguientes secciones que son: ver Apéndice 1.

- a).- Información Sociodemográfica.
- b).- Características del Pretratamiento.
- c).- Características del Tratamiento.
- d).- Fuentes de Recopilación de Datos de Resultados.
- e).- Procedimientos Empleados en el Seguimiento y Forma de Reportar Resultados de tratamiento.
- f).- Medición de Resultados de Consumo de Alcohol.

3.4.-ESCENARIOS.

Para la aplicación del “Cuestionario de Criterios Para la Evaluación de Efectividad de Resultados de Tratamiento de Consumo Excesivo de Alcohol”, se concertaron entrevistas en 14 Centros de Tratamiento de abuso de alcohol la Ciudad de México, los cuales fueron:

- 1) . Centro de Atención Integral en Problemas de Adicción.
- 2) . Asociación CESAD, A.C.
- 3) . Monte Fénix.
- 4) . Grupos Tradicionales de Alcohólicos Anónimos.
- 5) . Grupo “Emperadores” Xaltocan AA.
- 6) . Instituto Médico contra las Adicciones.
- 7) . Clínica del Dr. Arcos Avila Marco Antonio.
- 8) . Centro de Salud “Mixcoac” S.S.A.
- 9) . Hospital Psiquiátrico “San Fernando” I.M.S.S.
- 10) .Clínica Hospital 10 I.M.S.S.
- 11).Clínica de Especialidades de Neuropsiquiatría y Salud “Tlatelolco” I.S.S.S.T.E.
- 12).Clínica “Indianilla” I.S.S.S.T.E.
- 13).Clínica “Xochimileo” I.S.S.S.T.E.
- 14).Centro de Servicios Psicológicos “Acasulco” (Programa de auto control dirigido para bebedores problema). UNAM.

3.5.-PROCEDIMIENTO.

El procedimiento utilizado para cubrir el logro de los objetivos propuestos dentro de la presente investigación, consistió en:

-Búsqueda y selección de información documental de artículos publicados en Español en diferentes bases de datos tales como (PSYCLIT, LILACS, CLINPSYC), utilizando los descriptores:

ALCOHOL	EVALUATION	TREATMENT
ASSESSMENT	OUTCOME	EFFECTIVENESS

PY=1985-1995.

-Recabar los artículos previamente seleccionados, que reportaron los aspectos metodológicos utilizados en la evaluación de los resultados de los tratamientos, localizados en el Centro de Documentación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Nacional de Psiquiatría (IMP), el Centro de Investigaciones Científicas y Humanísticas (CICH), la Escuela Nacional de Trabajo Social (ENTS), el Centro de Información y Servicios Educativos (CISE) y el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC).

-Acceso a la base de datos (TESIUNAM), y revisión de las tesis de los niveles Licenciatura, Maestría y Doctorado, con el propósito de obtener información con las características arriba señaladas, en el Centro de Documentación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

-Debido a la escasez de artículos en Español publicados dentro de la literatura científica, que incluyeran los aspectos metodológicos utilizados en la evaluación de resultados de tratamiento de abuso de alcohol, se desarrolló el formato de entrevista "Cuestionario de

Criterios para la Evaluación de Efectividad de Resultados de Tratamiento de Consumo Excesivo de Alcohol”.

-Para la aplicación del “Cuestionario de Criterios para la Evaluación de Efectividad de Resultados de Tratamiento de Consumo Excesivo de Alcohol”, se concertaron entrevistas con miembros del personal clínico de los diversos centros de atención tanto del Sector Público como del Privado, sin embargo se encontró en ambos sectores una gran resistencia y desconfianza para permitir el acceso y aceptar el llenado del cuestionario, razón por la cual sólo se logró su realización en 14 Centros de Tratamiento relacionados con el Abuso de Alcohol en la Ciudad de México.

***CAPÍTULO 4.-
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.***

Derivado de la búsqueda de información documental se obtuvieron un total de 249 artículos, los cuales fueron sometidos al criterio único de haber sido publicados en el idioma Español, en función de lo anterior solamente dos de ellos pudieron ser seleccionados, por ésta razón se eligieron adicionalmente el artículo de Miguez (1981), así como la alternativa de realizar la búsqueda en las tesis de Psicología, de esta última se encontraron cinco, de las cuales 2 se desecharon debido a que una de ellas no describía resultados de tratamiento (Flores y Ruíz, 1984), y la otra porque se trataba de una propuesta de intervención (Galindo, 1995).

Finalmente se consideraron 6 estudios para ser analizados, el tamaño total de la muestra fué de 2843 sujetos, de los cuales 145 fueron pacientes atendidos en Costa Rica y los 2698 en México. En lo que concierne a las publicaciones, 2 de ellas fueron localizadas en la revista de Salud Mental, una en la revista Acta Psiquiátrica y Psicológica para América Latina, así como 3 tesis de nivel licenciatura correspondientes a la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.

Debido a lo reducido de los estudios disponibles para el análisis, y con el objeto de lograr los objetivos del presente estudio, se decidió elaborar un cuestionario para conocer el panorama de la evaluación de resultados de tratamiento de consumo excesivo de alcohol en la Ciudad de México y aplicarlo en 14 Instituciones tanto del Sector Público como del Privado que aceptaron participar a través del llenado de un instrumento presentado en formato de entrevista.

Como se mencionó en el capítulo anterior la revisión y análisis crítico de los estudios, así como del cuestionario aplicado, se fundamentó principalmente en los criterios y variables utilizados en el artículo "ALCOHOL TREATMENT OUTCOME EVALUATION

METHODOLOGY: STATE OF THE ART 1980-1984” de Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens (1987), por ser una de las revisiones científicas más completas efectuadas a la metodología existentes en esta área, además se consideraron para el desarrollo del instrumento el “Cuestionario de Entrevista Inicial”, traducido por Echeverría, Cárdenas y Ayala (1992), así como algunas variables adicionales de las fases de pretratamiento y seguimiento que la suscrita consideró convenientes para la realización de los objetivos.

A continuación se presentan cinco matrices resultado del análisis, que comprenden cada uno de los criterios de evaluación y variables ampliamente descritos en el capítulo anterior, estas corresponden a los seis estudios seleccionados. A cada uno de éstos se le asignó un número, ver Apéndice 2.

CARACTERÍSTICAS DEL PRETRATAMIENTO.

MATRIZ 4.1 CARACTERISTICAS DEL PRE-TRATAMIENTO						
VARIABLES	A	A	T	T	T	A
	1	2	3	4	5	6
1.- Evaluación del patrón de consumo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
2.- Edad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3.- Sexo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.- Estado civil	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
5.- Grado máximo de estudios	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
6.- Ocupación actual	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
7.- Hospitalizaciones		<input checked="" type="checkbox"/>				
8.- Arrestos		<input checked="" type="checkbox"/>				
9.- Duración de la dependencia		<input checked="" type="checkbox"/>				
10.- Severidad de la dependencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
11.- Función hepática	<input checked="" type="checkbox"/>					
12.- Funcionamiento cognoscitivo						

(A) Artículos (T) Tesis

En lo que se refiere a las variables evaluadas durante la etapa de pretratamiento, puede observarse en la tabla 4.1 que el 67% de los estudios realizó la evaluación del patrón de consumo, mientras que el 83% obtuvo información acerca del sexo y edad de los sujetos. El estado civil fué reportado por el 33% de la muestra , el grado máximo de estudios por el 67% y la ocupación actual así como la severidad de la dependencia por el 50%.

En referencia a las hospitalizaciones, arrestos, duración del problema de alcohol y función hepática son datos que se revisaron en el 17% de los estudios. Es importante mencionar que en cuanto a la variable correspondiente al funcionamiento cognoscitivo ninguna de las investigaciones reportó información.

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO.

VARIABLES	A	A	T	T	T	A
	1	2	3	4	5	6
1.- Descripción del escenario del tratamiento. En pacientes hospitalizados (H) o externos (E)	H	E	E	E	E	E
2.- Descripción de la orientación del tratamiento. Multimodal (M) o conductual (C)	C	C	C	M	M	M
3.- Descripción de la cantidad de tratamiento						
4.- Cifras reportadas de reducción del grupo antes o durante el tratamiento						
5.- Antecedentes del entrenamiento del personal						

(A) Artículos (T) Tests

En la tabla 4.2 se muestra que el 100% de los estudios revisados reportó la descripción del escenario del tratamiento, observándose que en el 83% de los casos se realizaron en la modalidad de consulta externa y tan sólo el 17% tuvo como escenario la hospitalización.

La descripción de la orientación del tratamiento es una variable que fué reportada por el 100% de los estudios, de los cuales, el 50% correspondió a la orientación conductual y el otro 50% a la orientación multimodal, entendiéndose esta última como la combinación de diferentes estrategias de tratamiento (v.g. Alcohólicos Anónimos, consejo educacional terapia familiar). Las definiciones de la orientación del tratamiento son las mencionadas por Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens (1987).

El 100% de las investigaciones reportó la descripción de la cantidad del tratamiento mientras que las cifras de reducción del grupo antes o durante el tratamiento al igual fueron informadas por el 17%. En lo que concierne al entrenamiento del personal involucrado, fué reportado en el 33% de los casos encontrándose que el entrenamiento predominante en este rubro corresponde a las profesiones de Medicina, Trabajo Social, Psicología e Investigadores.

FUENTES DE RECOPIACIÓN DE DATOS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ 4.3 FUENTES DE RECOPIACION DE DATOS DE LOS RESULTADOS

VARIABLES	A	A	T	T	T	A
	1	2	3	4	5	6
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	☑			☑	☑	
7.- Otros						

(A) Artículos (T) Tesis

En la tabla 4.3 puede apreciarse que el 100% de los estudios utilizó los autoreportes y por lo tanto representan la fuente más utilizada para la obtención de información, en un 50% de los casos los reportes de personal y finalmente los reportes colaterales en un 17% de la muestra. El resto de las fuentes de recopilación de datos no fueron utilizadas por ninguna de las investigaciones.

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

MATRIZ 4.4 PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

VARIABLES	A	A	T	T	T	A
	1	2	3	4	5	6
1.- Reporte de la duración del intervalo de seguimiento	A	A		T		A
2.- Reporte de la reducción de la muestra durante el seguimiento						A
3.- Porcentaje de sujetos encontrados para el seguimiento, incluyendo sujetos muertos				100%		90%
4.- Reporte de datos de resultados de todo intervalo de seguimientos	A			T		
5.- Intervalo mas largo de seguimiento, cualquier estudio en la revisión	1 año		1 año 6 m.			6 m.
6.- Reporte de intervalos de seguimiento con la misma duración						
7.- Reporte del número de contactos programados en el seguimiento		A		T		A
8.- Reporte del número de contactos realizados	A			T		A
9.- Seguimiento traslapado con el tratamiento durante su evaluación				T	A	
10.- Reporte de análisis estadístico		A	A	T	T	A
11.- Delimitamiento de conclusiones de resultados sin ningún análisis estadístico						

(A) Artículos (T) Tests

Con base en la investigación de Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens (1987). Se trabajó la revisión y análisis de los estudios en esta fase. Las variables correspondientes al reporte de datos de resultados de todo intervalo de seguimientos, y la de reporte de intervalo de seguimiento con la misma duración, se omitieron en el diseño del cuestionario.

En la tabla 4.4 puede observarse que el 67% de los estudios, reporta la duración del intervalo de seguimiento; es importante señalar que los dos artículos que no presentaron

esta información fué debido a la estructuración propia de cada uno de ellos. En cuanto a los datos del reporte de la reducción de la muestra durante el seguimiento, esto se presentó en el 17% de las investigaciones. El porcentaje de sujetos encontrados para el seguimiento incluyendo sujetos muertos ocurrió en el 33% de los casos, siendo el 100% y el 90% para los estudios 4 y 6 respectivamente.

En cuanto al reporte de datos de resultados de todo el intervalo de seguimiento, el porcentaje de investigaciones que reportó esta variable es del 33%. El intervalo más largo de seguimiento en la muestra fué de un año, mientras que el más breve fué de 6 meses, correspondiéndole a dicha variable el 67% de los casos.

Tanto el reporte de los contactos programados en el seguimiento como el reporte del número de contactos realizados son presentados por el 50% de los estudios, sin embargo no existe una correspondencia de casos para ambas variables.

En el 33% de las investigaciones revisadas se reportó la realización del seguimiento traslapado con el tratamiento durante su evaluación.

Sobresale el dato del manejo estadístico de la información en el 100% de la muestra, lo cual indica una mejora importante en la forma de reportar resultados de tratamiento.

MEDICIÓN DE RESULTADOS DE CONSUMO DE ALCOHOL.

MATRIZ 4.5 MEDICION DE RESULTADOS DE CONSUMO DE ALCOHOL						
VARIABLES	A	A	T	T	T	A
	1	2	3	4	5	6
1.- No reportaron datos						
2.- Si reportaron datos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.- Usaron el consumo de alcohol como única medida de resultado				<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
4.- Reportaron por los menos una medida de no consumo de alcohol	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
5.- Usaron medidas cuantificables, continuas del consumo de alcohol		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>
6.- Usaron como definición de resultado la total abstinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
7.- Usaron como definición de resultado la abstinencia esencial		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>
8.- Usaron como definición de resultado el consumo controlado referido al hecho de no tener problemas con el consumo de alcohol		<input checked="" type="checkbox"/>				<input checked="" type="checkbox"/>

(A) Artículos (T) Teís

La medición de resultados de consumo de alcohol es un dato que presentaron el 100% de las investigaciones, observándose que el 33% de las mismas empleó el consumo de alcohol como única medida de resultado, y el 67% restante reportó por lo menos una medida de no consumo de alcohol.

La utilización de medidas cuantificables y continuas del consumo de alcohol se presentó en el 50% de los casos.

En lo que se refiere a la definición de resultados de tratamiento, puede observarse que se presentaron tres alternativas diferentes de acuerdo a los criterios del artículo "Alcohol

Treatment Outcome Evaluation Methodology: State of the Art 1980-1984” de Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens (1987) los cuales se mencionan a continuación:

Abstinencia Total: Este término debía mencionarse explícitamente en el artículo a revisar o bien presentar razones inequívocas para creer que su significado era el de no consumo de alcohol en absoluto; este tipo de evaluación se presentó en el 67% de los casos.

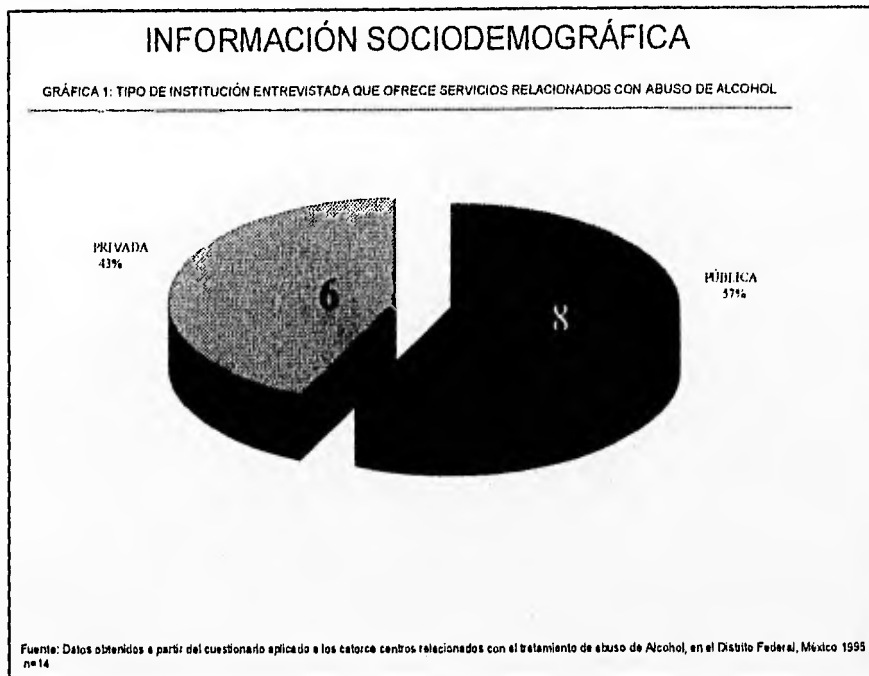
Abstinencia Esencial: Se refiere a los estudios en donde los autores definían la abstinencia de tal forma que los sujetos podrían haber consumido unas cuantas copas o más aún haberse comprometido en algún consumo fuerte en el período de seguimiento, este tipo de definición se presentó en el 33% de la muestra.

Consumo Controlado: Se refiere al hecho de no tener problemas con el consumo de alcohol y el porcentaje de investigaciones que lo empleó fué el 33%.

Cabe mencionar que el empleo de alguna de estas definiciones no es excluyente de las otras dos, lo cual puede observarse en dos de las investigaciones que empleó las tres definiciones de resultado en forma simultánea.

A continuación se presentan las gráficas, con los resultados del análisis de los cuestionarios aplicados a los catorce centros de tratamiento en el Distrito Federal, México.

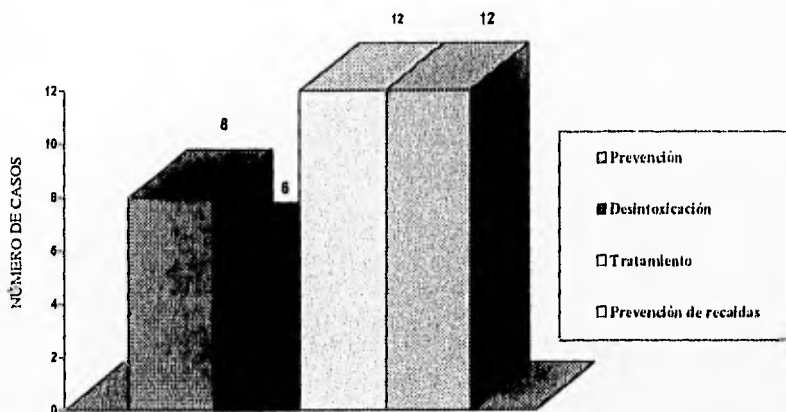
INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.



La gráfica 1 se refiere al tipo de institución en la cual se realizó la aplicación; los resultados muestran que el 57% fueron instituciones públicas mientras que el 43% fueron instituciones privadas .

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

GRÁFICA 2: TIPO DE SERVICIOS PROPORCIONADOS POR INSTITUCIONES

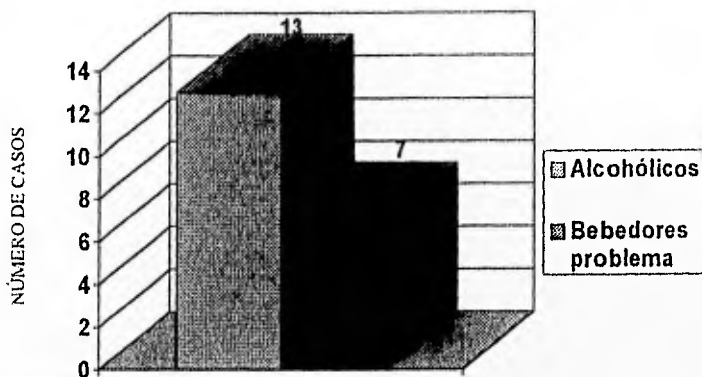


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

Esta gráfica muestra el tipo de servicios que proporcionan las instituciones relacionadas con el tratamiento de abuso de alcohol, encontrándose que en ocho de ellas se brindan servicios de prevención, en seis de ellas se ofrecen servicios de desintoxicación, y en doce se proporcionan tratamiento y prevención de recaídas, cabe mencionar que los diversos tipos de servicios que ofrecen las instituciones no son excluyentes de los demás.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

GRÁFICA 3: TIPO DE POBLACIÓN ATENDIDA DE ACUERDO A PATRÓN DE CONSUMO

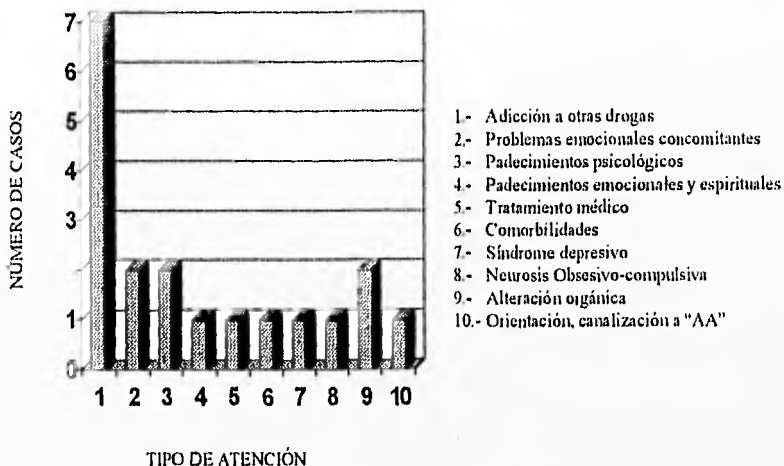


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

Gráfica que muestra el tipo de población a la cual van dirigidos los servicios de acuerdo a su patrón de consumo, resultando que en 13 de las instituciones se atiende a personas alcohólicas, mientras que en 7 de las mismas se proporciona atención a bebedores problema, cabe hacer notar que en la mayoría de las Instituciones desconocían la diferencia entre ambos tipos de población, incluso argumentaron que no existía ninguna diferencia.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

GRÁFICA 4: ATENCIÓN ADICIONAL PROPORCIONADA ADEMÁS DE ABUSO DE ALCOHOL



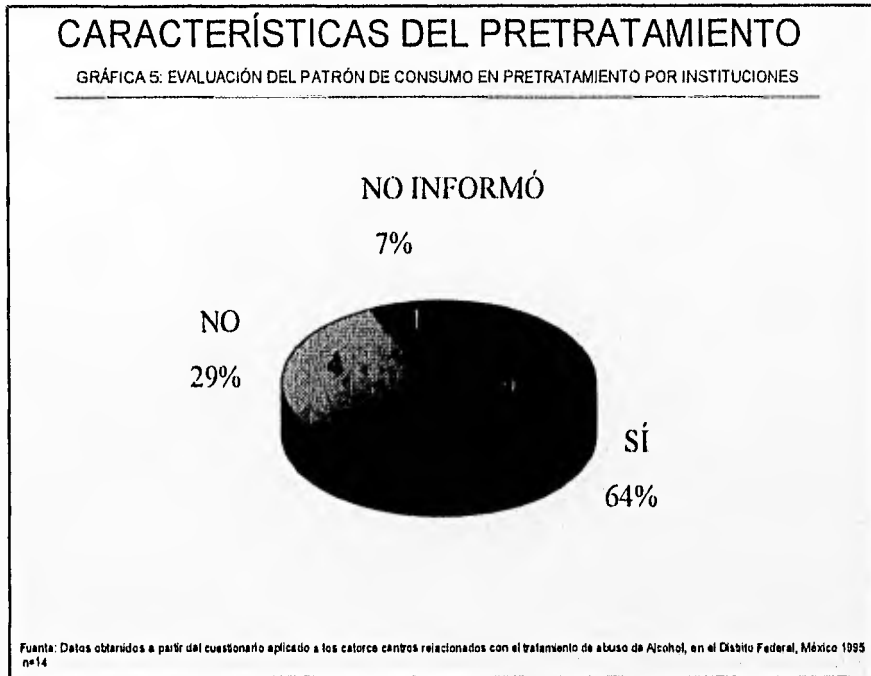
Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

Gráfica que muestra el panorama de atención adicional al abuso de alcohol, en donde prevalece en 7 de las Instituciones, el tratamiento para la adicción a otras drogas paralelamente al que reciben por abuso de alcohol, en lo que se refiere a los problemas emocionales concomitantes, padecimientos psicológicos y alteraciones orgánicas, se tiene que la frecuencia de atención en las Instituciones, fué de dos casos para cada una de estas alteraciones, en cuanto a los demás tipos de atención proporcionada puede observarse que la frecuencia de ocurrencia fué de uno en todos los casos.

Cabe aclarar que la clasificación de los 10 rubros que aparecen en la gráfica fueron proporcionadas por las propias Instituciones, ya que la pregunta del cuestionario fué de tipo abierto, así mismo en la mayoría de los Centros de Atención hicieron la observación

durante la entrevista que en la práctica cotidiana, es muy difícil que las personas que solicitan los servicios lo hagan exclusivamente por el problema de abuso de alcohol.

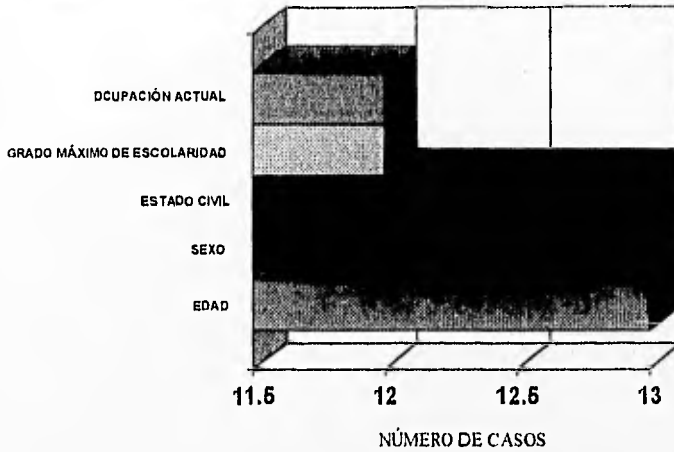
CARACTERÍSTICAS DEL PRETRATAMIENTO.



Indica que de las 14 Instituciones entrevistadas 9 de ellas realizan una evaluación del patrón de consumo en la fase de pretratamiento, 4 de ellas no lo realizan y 7 no lo informaron.

CARACTERÍSTICAS DEL PRETRATAMIENTO

GRÁFICA 6: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA RECABADA POR LAS INSTITUCIONES

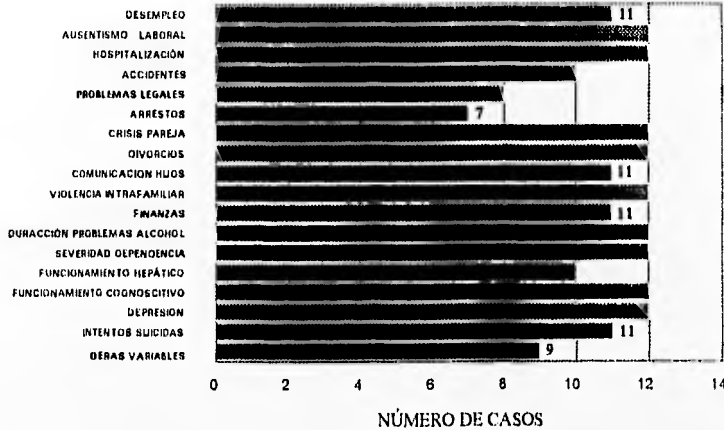


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

De la información sociodemográfica recabada por las Instituciones, se observa que 13 de ellas obtienen datos correspondientes a la edad, sexo, estado civil, y 12 correspondientes al grado máximo de escolaridad.

CARACTERÍSTICAS DEL PRETRATAMIENTO

GRÁFICA 7: PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL EN UN INTERVALO DE 12 MESES PREVIO AL TRATAMIENTO

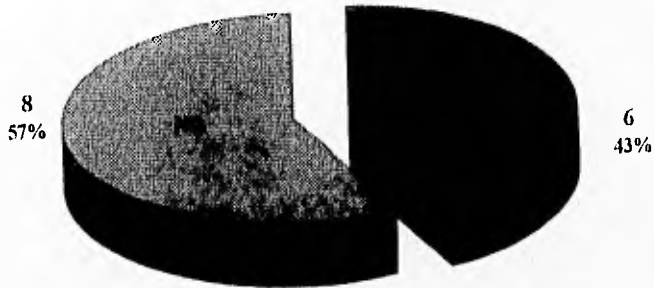


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

Gráfica que muestra los problemas derivados del consumo excesivo de alcohol que son explorados por las Instituciones, en donde el ausentismo laboral, las hospitalizaciones, crisis con la pareja, divorcios, violencia intrafamiliar, duración de los problemas de alcohol, severidad de la dependencia, funcionamiento cognoscitivo y la depresión son problemas que reportan 12 de estas, así mismo solamente 7 solicitan información acerca de historias de arrestos previos derivados del consumo excesivo.

CARACTERÍSTICAS DEL PRETRATAMIENTO

GRÁFICA 8: INSTITUCIONES QUE REALIZAN REPORTE DE PRONÓSTICO DEL TRATAMIENTO EN LA FASE DE PRETRATAMIENTO



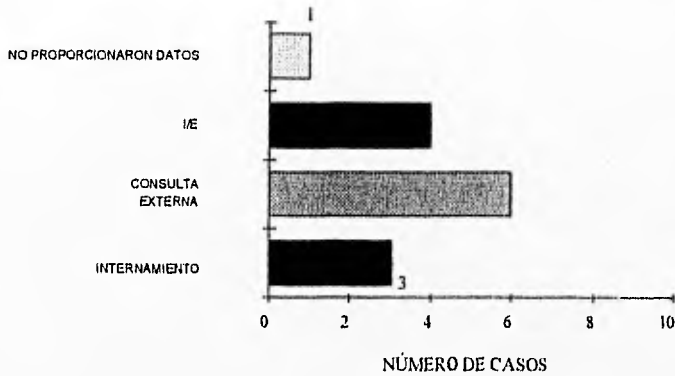
Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

Esta gráfica indica que de las 14 Instituciones entrevistadas, 8 no realizan un reporte de pronóstico del tratamiento en la fase de pretratamiento, y 6 si.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

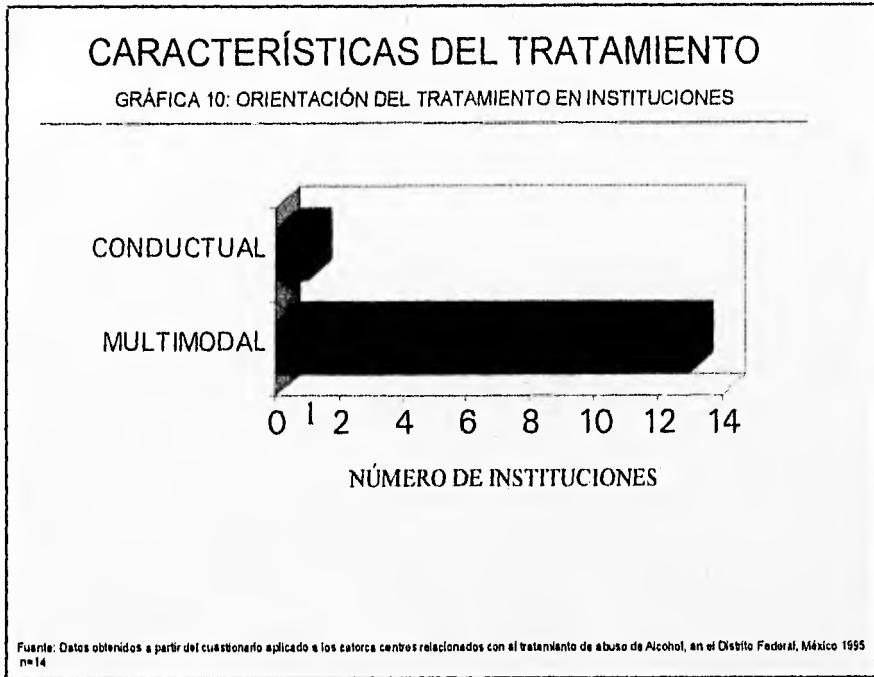
GRÁFICA 9: TIPO DE ESCENARIO PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO



Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

Muestra que el tipo de escenario para proporcionar tratamiento en su mayoría es de tipo externo, en segundo término es la modalidad combinada es decir una parte del tratamiento la reciben estando internos y la otra de manera externa, solamente en un caso no se proporcionó información.

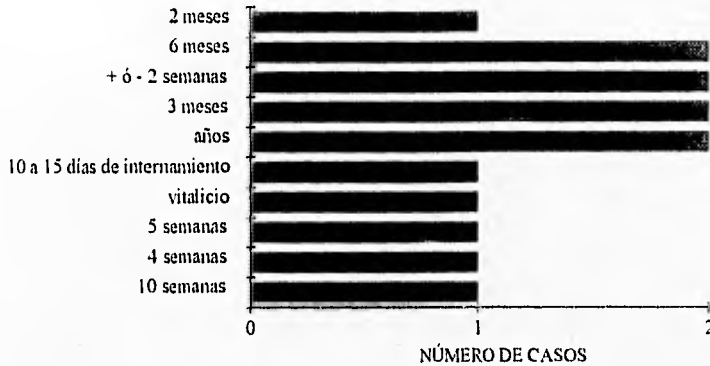
CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO.



Gráfica que muestra la orientación del tratamiento prevalente en 14 de las Instituciones de la Ciudad de México que fueron encuestadas el cual fué de que, en 13 de estas es de tipo multimodal, y solamente en un caso es de tipo conductual.

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

GRÁFICA 11: DURACIÓN DEL TRATAMIENTO

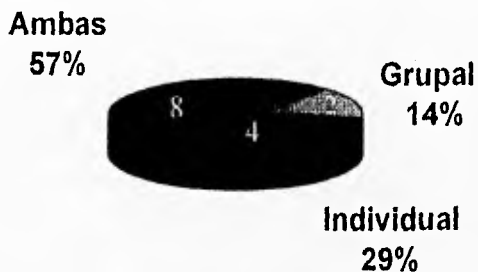


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

La gráfica indica que la duración de los tratamientos es muy variable de acuerdo con el tipo de Institución de las 14 consideradas, en 2 de ellas es de 6 meses, en otras 2 es de más ó menos 2 semanas, en otras dos es de 3 meses, en otras 2 es de años, en una es de 2 meses, en otra es de 10 a 15 días de internamiento, en otra es vitalicio, en otra es de 5 semanas, en otra es de 4 semanas y en otra es de 10 semanas.

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

GRÁFICA 12: FORMAS DE ADMINISTRACIÓN DEL TRATAMIENTO

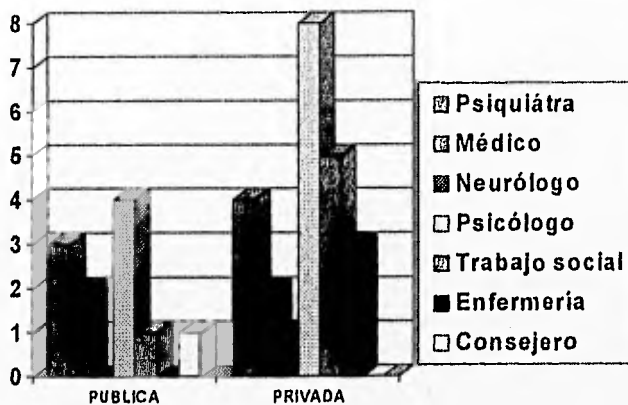


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
nº14

Se indica que la forma predominante de proporcionar tratamiento en las Instituciones encuestadas, es a través de combinar en 8 de estas la modalidad individual y grupal, en 4 el manejo se hace de manera individual y 2 con la modalidad grupal.

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO

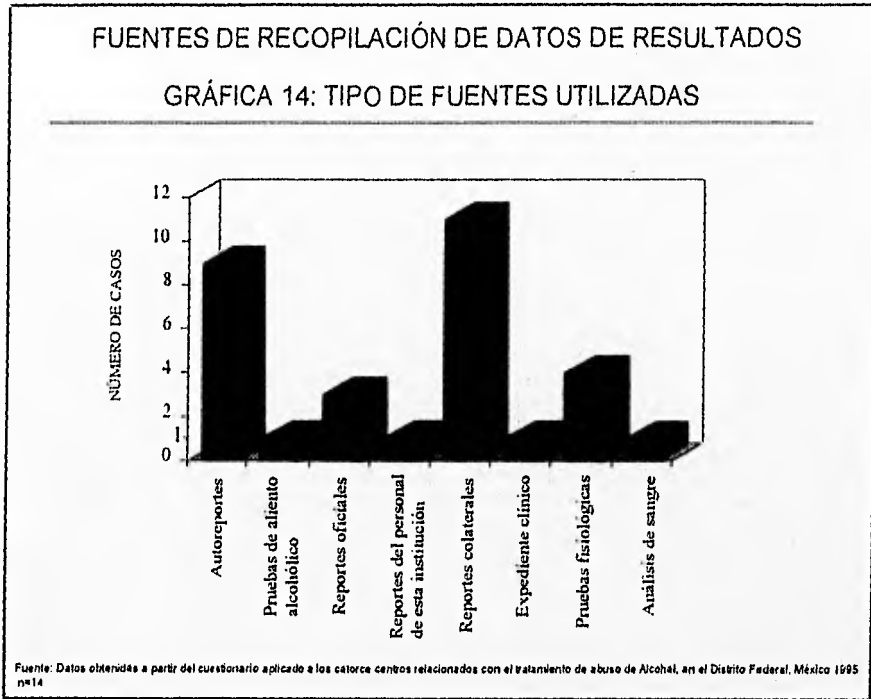
GRÁFICA 13: PERSONAL QUE ADMINISTRA TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES



Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

El personal que administra los tratamientos en las Instituciones tanto privadas como públicas tiene una formación predominantemente psiquiátrica, tal como lo muestra la tabla destacando que en el Sector Público la formación en Psicología es la que predomina.

FUENTES DE RECOPIACIÓN DE DATOS DE RESULTADOS.



La gráfica muestra que el tipo de fuente más utilizado en la obtención de datos de resultados son los reportes colaterales, en segundo término los autoreportes, así mismo los que menos se utilizan son las pruebas de aliento alcohólico, las pruebas fisiológicas, y los análisis de sangre.

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

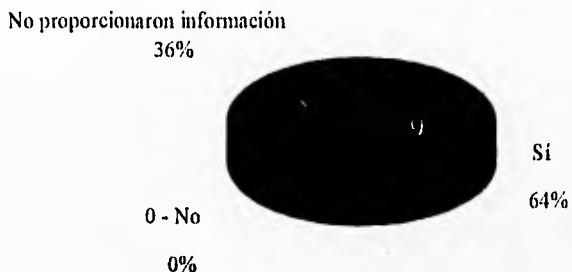
Para obtener información de las Instituciones en esta fase, se incluyeron en el diseño del cuestionario cinco variables que no están contempladas en la revisión de los estudios, de los artículos y tesis analizados, mismas que corresponden a las gráficas: 15, 24, 25, 26 y 27.



Aquí se muestra que de las 14 Instituciones entrevistadas 9 realizan seguimiento del tratamiento, una no lo lleva a cabo, y 4 no lo informan.

PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR RESULTADOS DE TRATAMIENTO

GRÁFICA 16: PROGRAMACIÓN DE CONTACTOS EN EL SEGUIMIENTO

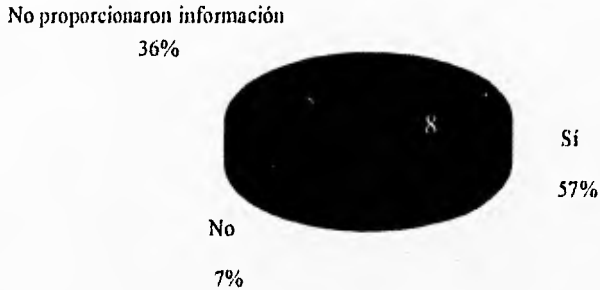


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
1614

La gráfica muestra que 9 de las 14 Instituciones programan sus contactos de seguimiento con las personas, y las 5 restantes no proporcionaron información a este respecto.

**PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR
RESULTADOS DE TRATAMIENTO**

GRÁFICA 17: REGISTRO DE LOS CONTACTOS REALIZADOS

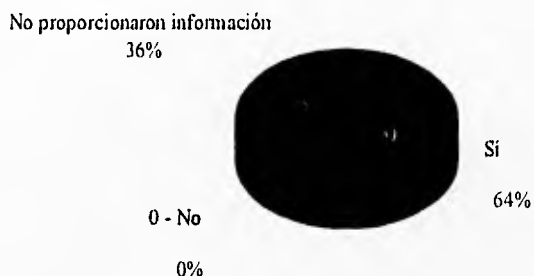


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los centros de atención relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1085
página 14

En la gráfica se observa que 8 de las 14 Instituciones efectúan un registro de los contactos realizados durante la fase de seguimiento, una de ellas no la realiza y las cinco restantes no proporcionaron información en este punto.

**PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR
RESULTADOS DE TRATAMIENTO**

GRÁFICA 18: REGISTRO DE LA DURACIÓN DEL INTERVALO DE SEGUIMIENTO

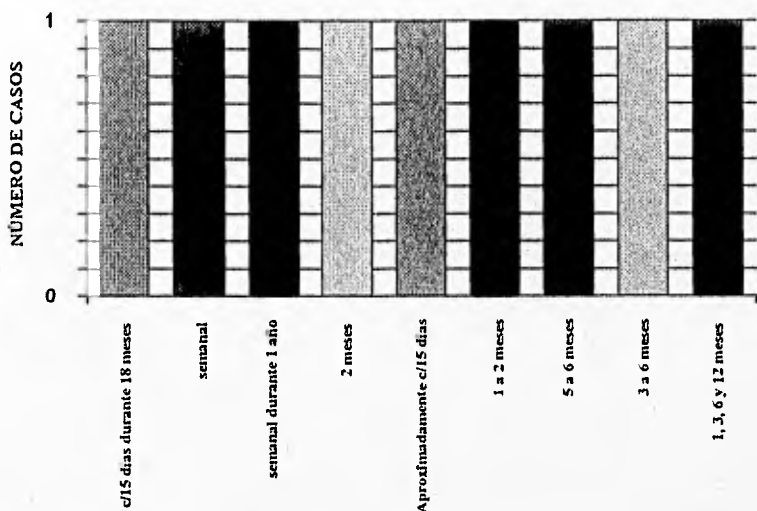


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los centros de atención relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
nº 14

En relación al registro de la duración del intervalo de seguimiento, la gráfica muestra que de las 14 Instituciones entrevistadas, 9 de ellas si lo efectúan, y las cinco restantes no proporcionaron información a este respecto.

PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR RESULTADOS DE TRATAMIENTO

GRÁFICA 19: DURACIÓN DEL INTERVALO DE SEGUIMIENTO

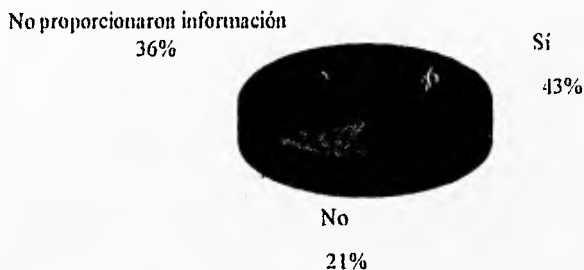


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995 n=14

Por lo que se puede observar en la duración de los intervalos de seguimiento, estos son muy variables en cada una de las 9 Instituciones que lo llevan a cabo, una no realiza y 4 no informa., aclarando que el intervalo más largo fué el correspondiente a 18 meses.

**PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR
RESULTADOS DE TRATAMIENTO**

GRÁFICA 20: REGISTRO DEL NÚMERO DE SUJETOS ENCONTRADOS PARA TRATAMIENTO

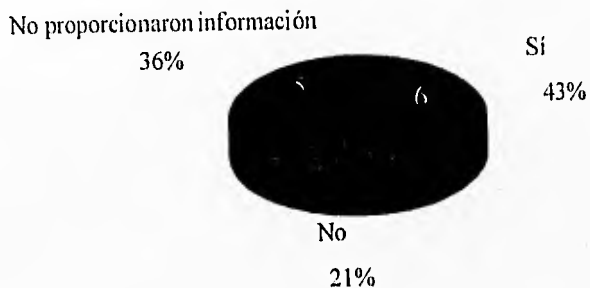


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el Tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
p# 14

En relación al registro del número de sujetos encontrados para realizar el seguimiento, se tiene que de las 14 Instituciones 6 de ellas lo elaboran, 3 no lo realizan y 5 no proporcionaron información.

PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR
RESULTADOS DE TRATAMIENTO

GRÁFICA 21: REGISTRO DE LA DESERCIÓN DE PACIENTES DURANTE EL SEGUIMIENTO

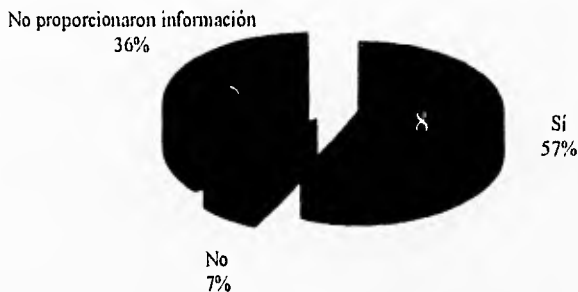


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995

La gráfica muestra que de las 14 Instituciones entrevistadas, 6 llevan a cabo un registro de la deserción de pacientes durante el seguimiento, 3 de ellas no lo realizan y 5 no proporcionaron información.

**PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR
RESULTADOS DE TRATAMIENTO**

GRÁFICA 22: REALIZACIÓN DE POSTRATAMIENTO DURANTE EL INTERVALO DE SEGUIMIENTO

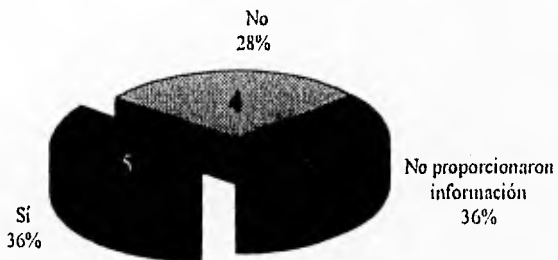


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los centros de atención relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
nº 14

Como se señala en la gráfica, de las 14 Instituciones entrevistadas, 8 de ellas llevan a cabo algún tipo de postratamiento durante el intervalo de seguimiento, una no lo efectúa y 5 no proporcionaron información en este punto.

PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR
RESULTADOS DE TRATAMIENTO

GRÁFICA 23: MANEJO ESTADÍSTICO DE RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

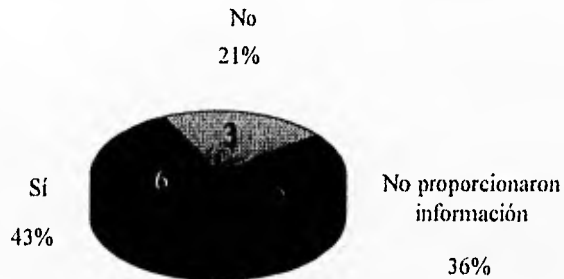


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
nº 14

De acuerdo con la gráfica, de las 14 Instituciones entrevistadas, 5 de ellas realizan un manejo estadístico de los resultados de tratamiento, 4 de ellas no lo realizan y 5 no proporcionaron información.

PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR RESULTADOS DE TRATAMIENTO

GRÁFICA 24: COMPARACIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO PREVIO, DURANTE Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

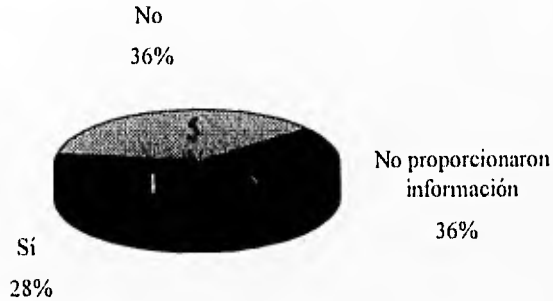


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
p. 14

La gráfica muestra que de las 14 Instituciones entrevistadas, 6 de ellas realizan una comparación del patrón de consumo previo, durante y después del tratamiento, 3 de ellas no la realizan y 5 no proporcionaron información.

**PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR
RESULTADOS DE TRATAMIENTO**

GRÁFICA 25: ENTREGA DE RESULTADOS DE EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

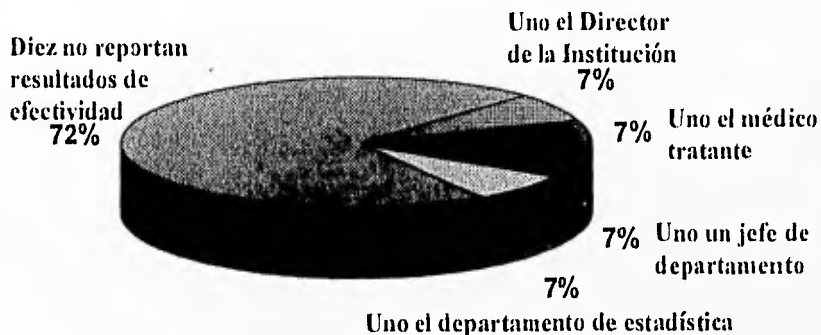


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
nº 14

Como se señala en la gráfica de las 14 Instituciones entrevistadas, 4 de ellas entregan resultados de efectividad de tratamiento, 5 de ellas no los entregan y 5 no proporcionaron información.

PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR RESULTADOS DE TRATAMIENTO

GRÁFICA 26: PERSONAL QUE RECIBE RESULTADOS DE EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO



Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
nº14

Los resultados de la gráfica muestran que de las 14 Instituciones entrevistadas, 10 de ellas no le reportan a nadie los resultados de la efectividad de los tratamientos una de ellas le reporta al Director General de la Institución, otra al Departamento de Estadística, otra al Jefe de Departamento, y otra al Médico tratante.

**PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR
RESULTADOS DE TRATAMIENTO**

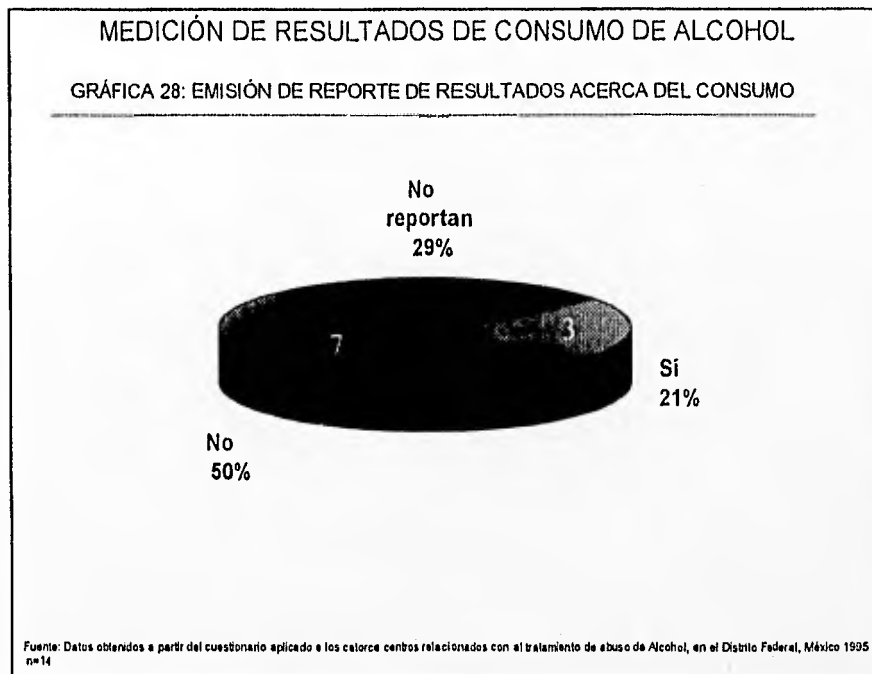
GRÁFICA 27: RETROALIMENTACIÓN DE LOS PACIENTES ACERCA DEL TRATAMIENTO ADMINISTRADO



Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
página 14

En la gráfica se muestra que de las 14 Instituciones entrevistadas, 9 de ellas no obtienen retroalimentación de los pacientes acerca del tratamiento administrado y 5 no proporcionaron información.

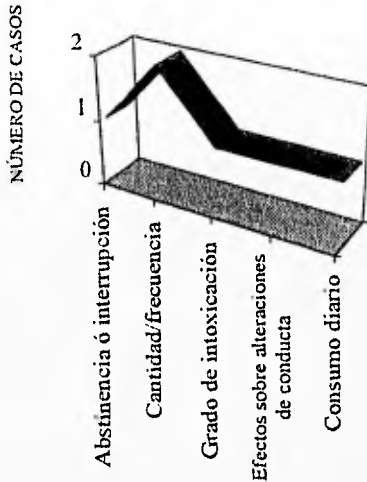
MEDICIÓN DE RESULTADOS DE CONSUMO DE ALCOHOL.



La gráfica muestra que de las 14 Instituciones entrevistadas, 7 de ellas no emiten reporte de resultados de consumo de alcohol, 3 de ellas si los reportan y 4 no proporcionaron información.

MEDICIÓN DE RESULTADOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

GRÁFICA 29: TIPO DE MEDICIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL EMPLEADA

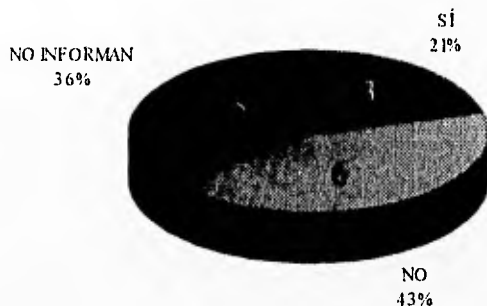


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

De acuerdo con la gráfica de las 14 Instituciones entrevistadas, 2 de ellas utilizan la medida de cantidad/frecuencia, una utiliza la abstinencia, una el grado de intoxicación, una el consumo diario, una los efectos sobre las alteraciones de conducta, las demás no proporcionaron información.

MEDICIÓN DE RESULTADOS DE CONSUMO DE ALCOHOL.

GRÁFICA 30: INSTITUCIONES QUE EMPLEAN EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO ÚNICA MEDIDA DE RESULTADOS

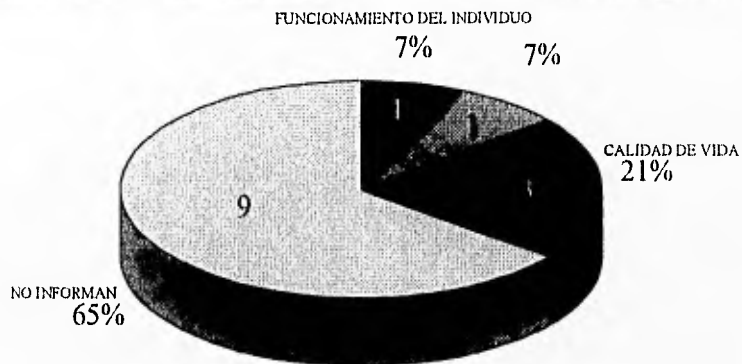


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

La gráfica muestra que de las 14 Instituciones entrevistadas, 3 de ellas emplean el consumo de alcohol como única medida de resultados, 6 de ellas no lo emplean, y las 5 restantes no proporcionaron información.

MEDICIÓN DE RESULTADOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

GRÁFICA 31: OTRAS MEDIDAS EMPLEADAS

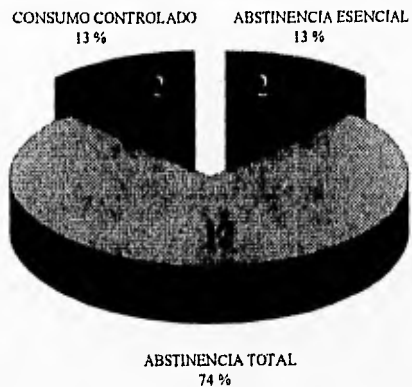


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

Tal como lo muestra la gráfica de las 14 Instituciones entrevistadas, 9 de ellas no emplean otras medidas de resultados acerca del consumo de alcohol, 3 de ellas utilizan como indicador la calidad de vida, una de ellas emplea la escala de funcionamiento psicosocial, y otra utiliza como medida de resultados el funcionamiento del individuo.

MEDICIÓN DE RESULTADOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

GRÁFICA 32: META DE TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES

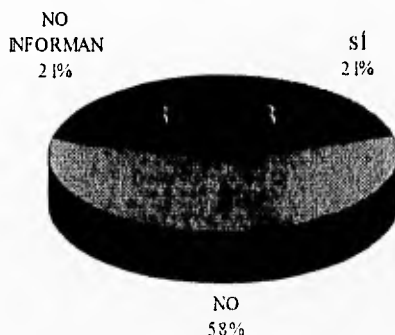


Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los centros de tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

La gráfica muestra que de las 14 Instituciones entrevistadas, 12 de ellas tienen como meta de tratamiento la abstinencia total, 2 de ellas utilizan la abstinencia esencial, y 2 de ellas utilizan también el consumo controlado como meta de tratamiento.

MEDICIÓN DE RESULTADOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

GRÁFICA 33: COMPARACIÓN DE VARIABLES PRE-POSTRATAMIENTO



Fuente: Datos obtenidos a partir del cuestionario aplicado a los catorce centros relacionados con el tratamiento de abuso de Alcohol, en el Distrito Federal, México 1995
n=14

Como lo muestra la gráfica de las 14 Instituciones entrevistadas, 8 de ellas no realizan alguna comparación entre las variables evaluadas en el pretratamiento, y posterior al tratamiento, 3 de ellas si efectúan esta comparación, las otras 3 no proporcionaron información.

***CAPÍTULO 5.-
DISCUSIÓN***

Los resultados obtenidos de la búsqueda inicial de información documental (solamente 3 artículos) que cubrieran con el criterio, propició la búsqueda en trabajos de tesis, de la cual se derivaron 3 más a la investigación, no obstante lo anterior y dado lo reducido de los estudios disponibles para el análisis, se decidió elaborar un cuestionario para conocer el panorama de la evaluación de resultados de tratamiento de consumo excesivo de alcohol en la Ciudad de México.

En este sentido lograr la participación de las 14 Instituciones tanto del Sector Público como del Privado, representó un gran esfuerzo considerando la enorme resistencia que la mayoría de estas tienen para permitir el acceso y proporcionar información referente a la evaluación de sus resultados, sin embargo estas fueron previamente seleccionadas basadas en sus características, con el objeto de que fueran representativas del área.

Por la dificultad que representó quiero, a través de estas líneas, expresar mi agradecimiento aquellos Centros de Atención en la Ciudad de México que si me lo permitieron.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.- Para la recolección de datos característicos a cada una de las Instituciones, se incluyó en el cuestionario una sección de Información Sociodemográfica, previa a las demás fases utilizadas tanto en la revisión y análisis crítico de los estudios, como del mismo cuestionario. Los resultados del análisis de ésta, evidenciaron que los programas de prevención y tratamiento para problemas de abuso de alcohol en esta Ciudad, están dirigidos a los alcohólicos que es el porcentaje reducido de la población que presenta consumo excesivo y que son atendidos por 13 de las Instituciones de las 14 entrevistadas. Si se considera que la mayor parte de la población en nuestro país que consume alcohol presenta un tipo de consumo que se denomina como “explosivo” y episódico mismo que han señalado como característico del bebedor en México autores como Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Otero, Rascón,

Solache, Lazcano, Villatoro, Mariño y López en 1989, caracterizado por consumir alcohol de manera episódica, pero que en las ocasiones en que lo consume se hace en grandes cantidades en breves periodos de tiempo, ocasionando una importante problemática individual, familiar y social. Es decir los bebedores problema, para los cuales se reportaron solo siete Centros de Atención, esta última cifra es un dato muy conservador ya que se observó que la mayoría de las Instituciones entrevistadas no establecen una diferencia clara entre la clasificación de alcohólicos y bebedores problema.

Los datos obtenidos de las Instituciones en cuanto a la atención adicional proporcionada además del abuso de alcohol, revelan que la mitad de estas otorgan apoyo adicional en cuanto a la adicción a otras drogas, incluso existe un consenso general en la mayoría de las Instituciones que hacen un abordaje de la problemática a través del modelo médico, de que es muy difícil que los pacientes que solicitan tratamiento lo hagan exclusivamente por problemas de abuso de alcohol. Cabe señalar a este respecto que la investigación de Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens (1987), no consideró los casos de estudio múltiple, por lo tanto no se obtuvo información en este punto.

CARACTERÍSTICAS DEL PRETRATAMIENTO.- Los resultados del análisis de los estudios señalan que en esta fase, existe una gran deficiencia, en cuanto a la obtención de datos acerca de las variables medidas, lo que revela la inconsistencia en la que los estudios son reportados dada la gran variabilidad en la cantidad y calidad de los datos considerados en la fase de pretratamiento presentados en la investigación clínica en nuestro País.

Sin embargo, en las Instituciones entrevistadas, el panorama en este sentido parecería ser diferente dado que presentaron una mayor consistencia en las variables medidas. Este resultado pudo estar determinado porque las preguntas en el cuestionario para este rubro

fueron presentadas a través de opción múltiple, solamente las correspondientes a problemas legales y arrestos no fueron consideradas por el 50% de las mismas, en este sentido causa extrañeza que la mayoría de los Centros de Atención no las incluyan como variables importantes a considerar dentro de la fase de pretratamiento, pues de acuerdo con lo que señala De la Fuente (1987) refiere que en México, aproximadamente el 50% de los actos de violencia, el 35% de los accidentes de tráfico, y 3 de cada 10 accidentes de trabajo, así como el 17% de los suicidios están relacionados con el abuso de alcohol, resultados similares se derivaron de los resultados nacionales de la Encuesta Nacional de Adicciones en México (1990).

Hallazgos importantes se derivaron de las Instituciones, ya que 8 de ellas no realizan un reporte de pronóstico del tratamiento en esta fase, lo cual dificulta examinar posibles diferencias de pretratamiento entre los grupos de tratamiento, y en el seguimiento.

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO.- Los resultados obtenidos en esta fase señalan que de los seis estudios analizados, cinco de ellos utilizan escenarios de tratamiento de tipo externo, el panorama en las Instituciones entrevistadas es similar dado que seis de ellas utilizan escenarios de tipo externo, cuatro de ellas los combinan, y tres manejan solamente el de tipo residencial. Estos datos son muy alentadores considerando que el mayor porcentaje de la población que consume alcohol en nuestro País, corresponde al tipo de bebedores problema, siendo la alternativa más adecuada para estos, los tratamientos breves y de consulta externa, y no los de tipo residencial que además de todo resultan altamente costosos para la mayoría de la población. No obstante lo anterior se tiene una carencia de servicios clínicos para esta población, según lo investigado por (Holden, 1987; Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens, 1987; Hill, 1985; Fillmore y Midanik, 1984). Cabe hacer notar que en la investigación de Sobell, Brochu,

Sobell, Roy, y Stevens en 1987, los resultados en este rubro fueron que el escenario de tratamiento predominante en los estudios que analizaron fué el de tipo interno.

En cuanto a la descripción de la orientación del tratamiento, los resultados del análisis de los estudios reflejan que es una variable que fué reportada en el 100% de los casos, de los cuales el 50% correspondió a la orientación conductual y el otro 50% a la multimodal, en el caso de las Instituciones entrevistadas todas ellas, a excepción de una que utiliza el modelo conductual, aplican la orientación multimodal. esto refleja la situación prevaleciente en México en cuanto a modelos de intervención para abuso del alcohol.

FUENTES DE RECOPIACION DE DATOS.- Los resultados del análisis de los estudios, así como los de las Instituciones en este punto señalan diferencias importantes pues en tanto que los autoreportes fueron utilizados en el 100% de los estudios, y los reportes colaterales solamente por uno de ellos, en las Instituciones la situación es de que los reportes colaterales son la fuente más utilizada por once de ellas, los autoreportes se utilizan en segundo lugar, sin embargo por lo que respecta a los reportes oficiales, y pruebas de aliento alcohólico, tanto en los estudios como en las Instituciones su frecuencia de uso es muy baja o en el caso de los estudios no se reporta su uso, los resultados observados en las dos revisiones efectuadas por Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens en 1987 fueron de que las fuentes de recopilación de datos más utilizadas son los autoreportes, y los reportes colaterales, en este sentido debiera existir 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 en nuestro país.

PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.- Para efectos de la discusión en esta fase, se pensó en hacer una comparación de los resultados obtenidos en el análisis de los estudios, los cuestionarios aplicados en los Centros relacionados con el tratamiento de abuso de alcohol en el Distrito Federal, y en la investigación "Alcohol Treatment Outcome Evaluation Methodology: State of the art 1980-1984".

TABLA 5.1 TIPO DE PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS EN EL SEGUIMIENTO Y FORMA DE REPORTAR RESULTADOS DE TRATAMIENTOS DE ABUSO DE ALCOHOL EN TRES REVISIONES

VARIABLES	PORCENTAJE DE ESTUDIO		
	REVISTAS Y TEMAS DE HABLA IBERIANA MEXICO, 1995 (n = 6)	CENTROS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO DE ABUSO DE ALCOHOL. DISTRITO FEDERAL MEX (n = 14)	ROBELE et al ALCOHOL TREATMENT OUTCOME EVALUATION 1980-1984 (n = 48) 1987
1.- Reporte de la duración del intervalo de seguimiento.	67 %	64 %	100 %
2.- Reporte de la reducción de la muestra durante el seguimiento.	17 %	43 %	89.4 % (a)
3.- Porcentaje de sujetos encontrados para el seguimiento, incluyendo sujetos muertos.	33 %	43 %	82.5 % (b)
4.- Reporte de datos de resultados de todo intervalo de seguimientos.	33 %	N. I. C.	66.7 %
5.- Intervalo más largo de seguimiento, cualquier estudio en la revisión.	1 Año	18 Meses	12 Años
6.- Reporte de intervalos de seguimiento con la misma duración.	N. R.	N. I. C.	75 %
7.- Reporte del número de contactos programados en el seguimiento.	50 %	64 %	85.1 % (a)
8.- Reporte del número de contactos realizados.	50 %	57 %	62.5 %
9.- Seguimiento trasladado con el tratamiento durante su evaluación.	33 %	57 %	44.7 % (a)
10.- Reporte de análisis estadístico.	100 %	36 %	93.8 %
11.- Delimitamiento de conclusiones de resultados sin ningún análisis estadístico.	N.R.	N. I. C.	6.3 %

N.R. = No Reportado
 N.I.C. = No incluido Cuestionario de los Centros Relacionados con tratamientos.
 a = Basado en 47 estudios, estas evaluaciones no eran aplicables a un estudio que involucraba solamente registros oficiales.
 b = Basado en 41 estudios para los cuales este valor podría ser determinado.

Como podrá observarse en la tabla en el recientemente incursionado campo de la investigación evaluativa en materia de resultados de tratamiento, se aprecia que existen diversos puntos de vista que coinciden, difieren, y contrastan entre sí, pero en particular

con la investigación de Sobell, Brochu, Sobell, Roy y Stevens (1987), en donde a excepción de la variable de seguimiento traslapado con el tratamiento durante la evaluación, se muestra una considerable mejora en la metodología utilizada por ellos, lo que refleja visiblemente el panorama en nuestro país en este campo.

Es importante hacer notar que los resultados del análisis derivados de los estudios realizados y de las Instituciones en nuestro país, muestran también diferencias importantes dado que, mientras los estudios reportaron haber utilizado el 100% de análisis estadístico como parte de su procedimiento para evaluar los resultados de tratamiento, en las Instituciones solamente se presentó esta situación en el 36% de los casos, lo cual podría hablar de que la emisión de conclusiones sin análisis estadístico es una práctica muy generalizada en ellas.

Los resultados de la variable correspondiente al intervalo más largo de seguimiento, contrastan fuertemente, dado que en la revisión de Sobell y cols, abarca un intervalo de 12 años, mientras que en las otras revisiones el intervalo es considerablemente menor.

En cuanto a las variables consideradas solamente en los cuestionarios, los resultados reflejaron que solamente el 28% de las Instituciones entrevistadas entregan resultados de efectividad de los tratamientos, es decir que diez de ellas no los reportan.

MEDICIÓN DE RESULTADOS DE CONSUMO DE ALCOHOL.- Los resultados obtenidos en el análisis de los estudios reflejan que el 100% de estos, reportó datos acerca del consumo, situación que contrasta en el caso de las Instituciones, pues solamente en el 21% de ellas se reportaron datos.

Otra variable donde se muestran importantes diferencias es que mientras que el 67% de los estudios reportó por lo menos una medida de no consumo de alcohol, el 65% de las Instituciones entrevistadas no proporcionaron información.

En lo que se refiere a la meta de tratamiento se tiene que en la revisión de los estudios el 67% de los casos utilizó la abstinencia total como única meta de tratamiento, una situación similar se obtuvo en las Instituciones, ya que el 74% de ellas utilizó esta medida.

Cabe señalar que solamente dos artículos el de Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez en 1995; y el de Campillo, Díaz, Romero, Cerrud y Villatoro en 1992, fueron los que utilizaron medidas cuantificables y continuas de consumo de alcohol en un 75%.

En general lo que se encontró en la mayoría de las Instituciones, además de las limitaciones en la metodología para evaluar los resultados de sus programas, fué que el tipo de atención que se ofrece es básicamente la desintoxicación, rehidratación, y tratamiento de complicaciones médicas, o alteraciones psiquiátricas causadas por el alcohol, donde prevalece fundamentalmente el Modelo Médico. En cuanto a la metodología utilizada en los programas de intervención, se tiene que los tratamientos no se llevan a cabo en la mayoría de los casos como fueron planeados, ni son aplicados de manera estándar

Aunque algunas Instituciones empiezan a cuestionar las limitaciones del enfoque tradicional de abordaje del problema, existe una gran reticencia por parte de ciertos profesionales de la salud que obstaculizan la búsqueda de alternativas de solución más acordes con la realidad de nuestro País.

LIMITACIONES.

Existe una deficiencia importante en las Instituciones o investigaciones relacionados con los tratamientos de abuso de alcohol en nuestro País, en cuanto a la publicación de sus resultados.

En cuanto a los artículos, en los Centros de Información se tuvo dificultad para su localización, dado que no cuentan con todas las revistas que se solicitaron, además de que no se consultaron libros.

La situación anterior se reflejó en el resultado de la búsqueda documental, en donde se tuvo una gran deficiencia, dado que solamente se pudieron encontrar para el análisis un total de 6 estudios, que limitaron en gran medida la información.

Esta situación es muy semejante a lo ocurrido en las Instituciones relacionados con los tratamientos de abuso de alcohol en México, dado que se presentaron enormes dificultades para el acceso y mas aún para proporcionar información de sus resultados.

SUGERENCIAS.-

Sería importante considerar para el desarrollo de futuras investigaciones los siguientes puntos:

--Una mayor consistencia en la obtención de datos acerca de las variables medidas en la fase de pretratamiento, dada la variabilidad en la que los estudios son reportados por la cantidad y calidad de los datos considerados en esta fase.

--Una descripción adecuada de los tratamientos proporcionados.

--Dados los resultados de la investigación, se sugiere a los investigadores y las Instituciones, la utilización de fuentes múltiples de recopilación de datos de resultados con el fin de asegurar una mayor validez de la información.

--Que las Instituciones relacionadas utilicen el análisis estadístico como parte de su procedimiento para evaluar los resultados de tratamiento.

--Que en estos Centros se favorezca la entrega de resultados de efectividad de los tratamientos

- Que las variables medidas durante la fase de pretratamiento, tales como funcionamiento cognoscitivo, relaciones interpersonales, problemas legales, arrestos etc., sean comparadas durante la fase de seguimiento.
- Que se ampliara la presente investigación a nivel nacional.
- Que el cuestionario incluya además medidas cualitativas.
- Que los resultados de las investigaciones rigurosamente metodológicas relacionados con la efectividad de los tratamientos, sean tomados en cuenta por los profesionales que tienen a su cargo el diseño de las políticas y programas de tratamiento dirigidas al núcleo de la población que muestra la mayor incidencia de consumo de alcohol en nuestro País.
- El diseñar programas de atención y tratamiento dirigidos a bebedores problema, además de a personas con dependencia severa al alcohol, que ofrezcan también tratamiento para otro tipo de drogas.

BIBLIOGRAFÍA.

BIBLIOGRAFÍA.

Alden, L. (1978). Behavioral self-management controlled drinking strategies in a context of secondary prevention. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 280-286

Allo, C., Mintzes, B. & Brook, R. (1988). What purchasers of treatment services want from evaluation. Alcohol Health & Research World, 12 (3), 162-167

Armor, D. & Meshkoff, J. (1983). Remission among treated and untreated alcoholics. In N. Mello (Ed.) Advances in Substance Abuse: Behavioral and Biological Research (pp. 239-270). Greenwich, Conn.: JAI Press.

Ayala, H. (1993). El curso del alcoholismo: Una visión psicológica. Investigación Psicológica, 3, (1), 5-36

Ayala, H. y Gutiérrez, M. (1993). Una revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol. CONADIC, 16, 1-10

Ayala, H. y Cárdenas, G. (1995). Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 21 (1), 93-112.

Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. Salud Mental, 18, (4), 18-24

Baekeland, F. (1977). Evaluation of treatment methods in chronic alcoholism. In B. Kissin & H. Begleiter (Eds.) The biology of alcoholism. Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic. (Vol. 5, pp. 385-449). New York: Plenum.

Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

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.

Bustamante, M. (1974). El alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas: Aspectos sociomédicos. Gaceta Médica Mexicana, 107, 227

Cabildo, H., Silva, M. y Juárez, J. (1969). Encuesta sobre hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas. Salud Pública Mexicana, 11, 759-769

Calahan y Cols. (1969). American drinking practices: A national study of drinking behavior and attitudes. (Monograph No. 6). New Brunswick: N. J. Rutgers Center of Studies.

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

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

Calderón, G. (1985). Contribución de la psiquiatría comunitaria para la atención integral del alcoholismo. En Molina, V., Berruecos, L. y Sánchez, L. El alcoholismo en México. II Aspectos sociales, culturales y económicos. (pp.53-69). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.

Campillo, C. (1982). El consumo de alcohol en México desde una perspectiva de salud pública. Salud Mental, 5 (4), 80-83

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

Campillo, C., Díaz, R., Romero, M., Cerrud, J. y Villatoro, J. (1992). La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud o ya les ha ocasionado algún daño. (Resultados preliminares de un ensayo clínico doble ciego y prospectivo). Salud Mental, 15 (2), 14-19.

Clark, W. (1975). Conceptions of alcoholism: Consequences for research. Addictive Diseases, 1, 395-430

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.

Costello, R., Biever, P., & Baillargeon, J. (1977). Alcoholism treatment programming: Historical trends and modern approaches. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 1 (4), 311-318

Cox, W. (1987). Treatment and prevention of alcohol problems: A resource manual. New York: Academic Press.

De la Fuente, R. (1987). El alcoholismo y el abuso del alcohol: Visión de conjunto. Salud Mental, 10 (4), 45-51.

De la Fuente, R. y Medina-Mora, M. E., (1987). Las adicciones en México. I.El abuso del alcohol y los problemas relacionados. Salud Mental, 10 (2), 3-12

De la Parra, C., Terroba, G., Isoard, J., Medina-Mora, M. y otros. (1976). Estudio epidemiológico sobre el consumo de fármacos en la Ciudad de Puebla a través de una encuesta en hogares. Reporte Interno del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales de ICEMEF (IMP).

De la Parra, C., Terroba, G., Medina-Mora, M. (1980). Prevalencia del consumo de alcohol en la Ciudad de San Luis Potosí, SLP. Revista de Enseñanza e Investigación, 12, 236-245.

Division of Mental Health and Behavioral Medicine (1989a). Epidemiology of alcohol - related problems. Prevention and treatment of alcohol problems: Research opportunities report of study by the committee of the Institute of Medicine. (pp. 31-46) Washington, D. C.

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.

Donovan, D. & Marlatt, G. (1988). The assessment of addictive behaviors. New York: Guilford.

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.

Enrick, C. (1982). Evaluation of alcoholism psychoterapy methods. In E. M.Pattison & E. Kaufman (Eds.) Encyclopedic Handbook of alcoholism. (pp. 1152-1169). New York: Gardness.

Emrick, C. & Hansen, J. (1985). Thoughts on treatment evaluation methodology. In B. S. MacGordy, W. E. Noel & T. D. Merenberg (Eds.) Future directives in alcohol abuse treatment reserve. (pp. 137-172). Washington: Supt. of Documents, Government Printing Office.

Encuesta Nacional de Adicciones (1990). Editado por la Secretaría de Salud y la Dirección General de Epidemiología. 306-334

Fernández, R. (1983a). Perspectivas históricas de la evaluación conductual. En Fernández, R. y Carrobes, J. Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones (2a Edición) (pp. 31-62). Madrid: Pirámide.

Fernández, R. (1983b). Comparaciones entre la evaluación tradicional y la evaluación conductual. En Fernández, R. y Carrobes, J. Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones (2a Edición) (pp. 63-89). Madrid: Pirámide.

Fernández, R. y Carrobes, J. (1983). Evaluación versus tratamiento. En Fernández, R. y Carrobes, J. Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones (2a Edición) (pp. 127-154). Madrid: Pirámide.

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

Finney, J. & Moos, R. (1989). Theory and method in treatment evaluation. Evaluation and Program Planning, 12, 307-316

Flores, D. y Ruíz, J. (1984). Evaluación de la incapacidad relacionada al consumo de alcohol en pacientes que recibieron un tratamiento integral intrahospitalario. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, D. F.

Frances, R. (1988). Update on alcohol and drug disorder treatment. Journal of Clinical Psychiatry, 49 (9 Suppl), 13-17

Frawley, P. (1991). Developing standardized measures of treatment outcome. Alcohol Health & Research World, 15, 201-203

Galindo, S. (1995). Bebedores problema en México: Propuesta de intervención adicional para el programa de auto-control dirigido. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F.

Gaytán, A. (1989). El uso de la hipnosis y terapia de conducta en el automanejo de las conductas adictivas: Reestructuración cognoscitiva bajo hipnosis en alcohólicos. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, D. F.

Geokas, M. C. (1984) Etanol y el páncreas. En Clinicas médicas de Norteamérica: Alcoholetilico y enfermedades. (Vol. 1, pp. 57-76). Madrid: Interamericana.

Goldman, M., Brown, S., Christiansen, B. (1987). Expectancy theory: Thinking about drinking. In B. Howard & L. Kenneth (Eds.) Psychological theories of drinking and alcohol. (pp. 181-220). New York: Guilford.

Graham, K. (1994). Guidelines for using standardized outcome measures following addictions treatment. Evaluation & the Health Professions, 17 (1), 43-59

Heather, N., Whitton, B. & Rpberton, I. (1985). Evaluation of a self-help manual for media-recruited problem drinkers: Six month follow-up results. British Journal of Clinical Psychology, 25, 19-34

Heather, N. (1986). Change without therapists: The use of self-help manuals by problem drinkers. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.) Treating addictive behaviors: Processes of change. (pp. 331-359). New York: Plenum.

Hersen, M. (1976). Historical perspectives in behavioral assessment. In M. Hersen & Bellack A. (Eds.) Behavioral assessment. New York: Pergamon.

Hill, M. & Blane, H. (1977). Evaluation of psychotherapy with alcoholics: A critical review. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 28, 76-104

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

Jellinek, E. (1960). The disease concept of alcoholism. New Haven: Hillhouse Press.

Kirn, T. (1986). Advances in understanding of alcoholism initiate evolution in treatment programs. J.A.M.A., Sept. 256 (11), 1405-1412

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.

Lisker-Melman, M. (1988). Efectos del etanol en el aparato digestivo. En Velasco, R. Alcoholismo : Visión integral (1a Edición) (pp. 258-271). México: Trillas.

Longabaugh, R. & Lewis, D. (1988). Key issues in treatment outcome studies. Alcohol Health & Research World, 12 (3), 168-175

Longabaugh, R. (1989). Recommended research priorities for the assessment of treatment outcomes. Psychology of Addictive Behavior, 2 (3), 131-141

Longabaugh, R. (1991). Monitoring treatment outcomes. Alcohol Health and Research World, 15, 189-200

Lovibond, S. & Caddy, G. (1970). Discriminated aversive control in the moderation of alcoholics drinking behavior. Behavior Therapy, 1, 437-444

Malin, H., Coakley, J. Jaelber, C. Holland, W. (1982). An epidemiologic perspective on alcohol use and abuse in the United States. In Nation al Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol consumption and related problems. Alcohol and health monography No. DHHS Pub. No. (ADM) 82- 1190. Washington, D. C. : Supt. of Docs., U. S. Govt. Print. Off., 99-153.

Mandell, W. (1983). Types and phases of alcohol dependence illness. In M. Galanter (Ed.) Recent development in alcoholism (Vol. 1, pp. 415-447). New York: Plenum.

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

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

Medina-Mora, M., de la Parra C. y Terroba, G. (1978). Extensión del consumo de alcohol en la población de La Paz, B. C. (Encuesta en Hogares). Cuadernos Científicos CEMESAN.

Medina-Mora, M., De la Parra, C. y Terroba G. (1980). El consumo de alcohol en la población del Distrito Federal. Salud Pública Mexicana, 22, 281-288

Miguez, H. (1981). Tratamiento del alcoholismo. Estudio de la eficacia de cuatro orientaciones terapéuticas. Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina, 27, 146-151.

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

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

Miller, W. & Heather, N. (1986). Treating addictive behaviors: Processes of change. New York: Plenum.

Miller, W. & Hester, R. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. In W. Miller (Ed.) The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. (pp. 11-141). New York: Pergamon.

Miller, W. & Rollnick, S. (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford.

Nace, E. (1989). The Natural history of alcoholism versus treatment effectiveness: Methodological problems. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 15 (1), 55-60

Natera, G. (1982). Aspectos Generales sobre el consumo de alcohol y sus problemas. Salud Mental, 5, (4), 7-10.

Natera, G. y Terroba, G. (1982). Prevalencia del consumo de alcohol y variables. Demografía asociada de la Ciudad de Monterrey, N. L. Salud Mental, 5, 82-86.

Pattison, E. (1976). Conceptual approaches to alcoholism treatment goals. Addictive Behaviors, 1, 177-192

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

Peele, S. (1985). The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation. Lexington, M. A.: Lexington Books.

Peele, S. (1989). Diseasing of America: Addiction treatment out of control. Lexington, M. A.: Lexington Books.

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

Perri, M. (1985). Self-change strategies for the control of smoking, obesity, problem drinking. In S. Shiffman & T. Wills (Eds.) Coping and substance abuse (pp. 295-317). New York: Academic Press.

Polich, J., Armor, D. & Braiker, A. (1981). The course of alcoholism. Four years after treatment. A Wiley-Interscience Publication. New York: John Wiley & Sons.

Reyes, M. y Cos, J. (1994). Análisis de los criterios metodológicos para la evaluación de estudios de resultados de tratamiento de consumo excesivo de alcohol: Una revisión documental de 1987 a 1992. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, D. F.

Riley, D., Sobell, L., Sobell, M. & Klajner, F. (1987). Behavioral treatment of alcohol problems: A review and a comparison of behavioral and no-behavioral studies. In W. M.

Cox (Ed.) A resource manual on alcohol problems: How to prevent and treat them. New York: Academic Press.

Ríos, E. (1985). Aspectos metodológicos en la investigación epidemiológica del alcoholismo. En Molina, V., Berruecos, L. y Sánchez, L. El alcoholismo en México. II Aspectos sociales, culturales y económicos. (pp.105-121). México: Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.

Rychtaryk, R., Foy, D., Scott, T., Lokey, L. & Prue, D. (1987). Five-six-year follow-up of broad spectrum behavioral treatment for alcoholism: Effects of training controlled drinking skills. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 106-108

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

Secretaría de Programación y Presupuesto, Subsecretaría de Programación, Dirección General de Análisis de Ramas Económicas (1981-1985). Escenarios económicos de México, perspectivas de desarrollo para ramas seleccionadas (pp. 132-149)

Schaffer, H. (1985). The disease controversy: Of metaphors, maps and menus. Journal of Psychoactive Drugs, 17, 65-76

Silva, M. F. (1983). La entrevista. En Fernández, R. y Carrobbles, J. Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones (2a Edición) (pp. 199-200). Madrid: Pirámide.

Skinner, H. (1981). Assessment of alcohol problems: Basic principles, critical issues, and future trends. In Y. Israel, F. Glaser, H. Kalant, R. Pophan, W. Schmidt & R. Smart (Eds.) Research advances in alcohol and drug problems: Vol.6 (pp.319-369). New York: Plenum.

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

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

Sobell, M. & Sobell, L. (1993). Problem drinkers: Guided self-change for problem drinkers. New York: Guilford.

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.

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.

Sobell, L. & Sobell, M. (1990). Self-report issues in alcohol abuse: State of the art and future directions. Behavioral Assessment, 12, 77-90.

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.

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

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.

Sotelo, J. (1988). Efectos del etanol en el sistema nervioso. En Velasco, R. Alcoholismo: Visión integral (1a Edición) (pp. 220-225). México: Trillas.

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.

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

Vázquez, M. (1993). Tratamiento de alcoholismo en base a un manual de autocontrol en el consumo de alcohol. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F.

Voeglitin, W., Lemere, F., Broz, W. & O'Hollaren, P. (1942). Conditioned reflex therapy of alcohol addiction: Follow-up report of 1042 cases. American Journal of Medical Sciences, 203, 525-528

Zaragoza, R. y Martínez, J. (1986). Tratamiento a un grupo de alcohólicos de una institución laboral paraestatal. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, D. F.

APÉNDICES.

APÉNDICE 1

CUESTIONARIO DE CRITERIOS PARA LA EVALUACION DE EFECTIVIDAD DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO DE CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL.

Nombre de la
Institución _____

Nombre del
Informante _____

Puesto del
Informante _____

Escolaridad y/o
Entrenamiento _____

Institución: Privada () Pública ()

¿Qué tipo de servicios proporciona ?

Prevenición () Desintoxicación ()
Tratamiento () Prevención de recaídas ()

¿A qué tipo de población van dirigidos sus servicios ?

Alcohólicos () Bebedores Problema ()

¿Los pacientes son tratados únicamente de su problema de abuso de alcohol, o de algún otro tipo de adicción ó alteración? _____

CARACTERISTICAS DEL PRETRATAMIENTO

1.-Previo al tratamiento ¿se realiza algún tipo de evaluación acerca del patrón de consumo? _____

2.-Durante esta fase ¿se recaba información de los pacientes referente a?:

	SI	NO
Edad	()	()
Sexo	()	()
Estado Civil	()	()
Grado máximo de escolaridad	()	()
Ocupación actual	()	()

3.-¿Se obtiene información de los problemas derivados del consumo excesivo de alcohol, en un intervalo de 12 meses a la fecha que tengan que ver con:?

Desempleo	()	()
Ausentismo laboral	()	()
Hospitalizaciones	()	()
Accidentes	()	()
Problemas Legales	()	()
Arrestos	()	()
Crisis con la pareja	()	()

Divorcios	()	()
Comunicación con los hijos	()	()
Violencia intrafamiliar	()	()
Finanzas	()	()
La duración de problemas de alcohol	()	()
Severidad de la dependencia	()	()
Función hepática	()	()
Funcionamiento Cognoscitivo	()	()
Depresión	()	()
Intentos suicidas	()	()
Otras variables	()	()

4.-¿ Se realiza un reporte de la fase de pretratamiento, que incluya un pronóstico de los resultados a esperar dentro del tratamiento?

SI () NO ()

5.-¿Los resultados del pretratamiento se manejan en forma estadística?

SI () NO ()

CARACTERISTICAS DEL TRATAMIENTO.

1.-¿Cuál es el tipo de escenario que se emplea en esta institución ?

Internamiento () Consulta Externa () I/E ()

2.-¿Cuál es la orientación del tratamiento aplicado?

Conductual () Multimodal ()

3.-¿Cuál es la duración del tratamiento?

_____ Horas _____ Días _____ Semanas

_____ Meses _____ Años

4.-¿Cuál es la forma de administración del tratamiento?

Individual () Grupal () Ambas ()

5.-¿Cuántas personas intervienen en la aplicación del tratamiento y cuál es su escolaridad o nivel de entrenamiento?

6.-¿Qué funciones realiza cada una de las personas mencionadas?

FUENTES DE RECOPIACION DE DATOS DE LOS RESULTADOS.

1.-¿Qué tipo de fuentes se utilizan para obtener datos de los resultados del tratamiento?

Autoreportes ()

Reportes colaterales ()

Reportes oficiales ()

Pruebas de aliento alcohólico ()

Pruebas fisiológicas ()

Reportes del personal de esta institución ()

Otra _____

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

1.-¿Se lleva a cabo un seguimiento del tratamiento ?

SI () NO ()

2.-¿Los contactos que se realizan en el seguimiento son programados?

SI () NO ()

3.-¿Se registra el número de contactos realizados en el seguimiento ?

SI () NO ()

4.-¿Hay registro de la duración del intervalo de seguimiento?

SI () NO ()

5.-¿Cuál es el intervalo de seguimiento que ustedes aplican?

6.-¿Se registra el número de sujetos encontrados para el seguimiento?

SI () NO ()

7.-¿Se registra la deserción de pacientes durante el seguimiento?

SI () NO ()

8.-Durante el intervalo de seguimiento ¿se realiza algún tipo de postratamiento?

SI () NO ()

9.-¿Los resultados del tratamiento se manejan en forma estadística?

SI () NO ()

10.-¿Se realiza alguna comparación entre el patrón de consumo previo, durante y posterior al tratamiento?

SI () NO ()

11.-¿Se entregan resultados de la efectividad del tratamiento?

SI () NO ()

12.-¿A quién? _____

13.-¿Obtienen retroalimentación por parte de los pacientes acerca del tratamiento administrado?

SI () NO ()

MEDICION DE RESULTADOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

1.-¿Emiten algún reporte de resultados acerca del consumo de alcohol?

SI () NO ()

2.-¿Qué tipo de medición de consumo emplean?

3.-¿El consumo de alcohol es la única medida de resultados que se emplea?

SI () NO ()

4.-¿Qué otra medida de resultados emplean?

5.-¿Cuál es la meta de tratamiento?

Abstinencia total ()

Abstinencia esencial ()

Consumo controlado ()

6.-¿Se realiza alguna comparación entre las variables evaluadas en el pretratamiento, y posterior al tratamiento?

SI () NO ()

Muchas gracias por su cooperación.

APÉNDICE 2

RELACIÓN DE ESTUDIOS SELECCIONADOS PARA EL ANÁLISIS.

Nº 1.-Míguez, H. (1981). Tratamiento del alcoholismo. Estudio de la eficacia de cuatro orientaciones terapéuticas. *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina*, 27, 146-151.

Nº 2.-Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de auto control para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18 (4), 18-24.

Nº 3.-Galindo, S. (1995). Bebedores problema en México: Propuesta de intervención adicional para el programa de auto-control dirigido. Tesis de licenciatura, UNAM.

Nº 4.-Flores, D. y Ruiz, J. (1984). Evaluación de la incapacidad relacionada al consumo de alcohol en pacientes que recibieron un tratamiento integral intrahospitalario. Tesis de licenciatura, UNAM.

Nº 5.-Gaytán, A. (1989). El uso de la hipnosis y terapia de conducta en el automanejo de las conductas adictivas: Reestructuración cognoscitiva bajo hipnosis en alcohólicos. Tesis de licenciatura, UNAM.

Nº 6.-Campillo, C., Díaz, R., Romero, M., Cerrud, J. y Villatoro, J. (1992). La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud o ya les ha ocasionado algún daño. *Salud Mental*, 15 (2), 14-19.