

143
2.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**CARACTERISTICAS DE BEBEDORES PROBLEMA
QUE ABANDONAN UN TRATAMIENTO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :**

**MACIEL ROCHA MARTHA IVONNE
ROMERO SANTANA ALEJANDRA**

DIRECTOR DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE

ASESOR ESTADISTICO: MTRO. JORGE MARTINEZ STACK.



CIUDAD UNIVERSITARIA.

1966.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Leticia Echeverría San Vicente por regalarnos su tiempo y paciencia quien mantuvo de principio a fin su interés y optimismo en nuestra investigación y porque sin sus enseñanzas nos hubiera sido muy difícil llegar a la meta.

Al Dr. Héctor Ayala Velazquez por permitirnos la realización de la investigación en el Proyecto Colaborativo México-Canadá, que tiene a su digno cargo.

Al Lic. Jorge Martínez Stack por transmitirnos de manera incondicional sus valiosos conocimientos.

Al Psic. Miguel Angel Medina Gutiérrez por brindarnos la confianza de recurrir a él cuantas veces fueran necesarias.

ATENTAMENTE

ALEJANDRA Y MARTHA

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios por darme la vida y a mi madre, que sin ella nunca hubiera llegado a escribir estas líneas.

A la Lic. Leticia Echeverría por haberme permitido con su valiosa ayuda, hacer realidad la realización de este trabajo.

A mis hermanos Alberto y Eva, los cuales conforman la mitad de mi vida y logros.

A mis tíos: Polo, Víctor, Toño, Beto, Rosa y Lourdes; y primos Coca y Beto por creer siempre en mí. Especialmente a mi tía Lupe y Abue por brindarme su cariño y apoyo cuando más lo necesité.

A mi gran amiga Verónica por alentarme y seguirme los pasos hasta la culminación de mi carrera.

A mi novio Martín Nuñez por constituir un apoyo emocional de invaluable valor justamente cuando más lo necesité.

Martha Ivonne

Esta tesis la dedico a dos personas
trascendentales en mi vida:

*A alguien que nunca dejaré de
querer y admirar; ya que me
regaló todo su amor y fue a través
de él que conocí el código de amor,
comprensión, tolerancia y respeto.*

Mi padre: Enrique Romero R.

*A una señora bella, digna de admiración
por sus innumerables virtudes; que ha
llorado y reído a la par conmigo y me ha
brindado su amor incondicional.*

Mi madre: Gloria Santana V.

A todas las demás personas que ocupan un lugar especial en mi corazón y que me alentaron a no desistir dándome todo su amor y afecto.

Mil gracias a: Quique, Chino, Bayin, Everardo, Memo y a mi abuelita.

El más profundo reconocimiento y agradecimiento a la Lic. Leticia Echeverría por el apoyo y guía en la realización de este trabajo, así como por su entusiasmo y honestidad que siempre admiraré de ella; y que ha sido un ejemplo del profesionalismo y calidad humana que posee.

Atentamente

Alejandra Romero Santana

RESUMEN

El presente estudio investigó las características de los bebedores problema que abandonan un tratamiento.

Los sujetos fueron 30 personas que asistieron y que terminaron un Tratamiento de Auto-Control dirigido a bebedores problema (servicio prestado por la Facultad de Psicología) (ST) y 30 personas que desertaron de éste a pesar de los tres rescates realizados por los terapeutas de la institución (NT). A estos grupos se les realizó dos evaluaciones la primera al inicio del tratamiento y la segunda a los 6 meses de haber terminado o abandonado el tratamiento, estas evaluaciones consistían en una entrevista estructurada a través de la cual se le pidió a los sujetos que recordaran los eventos ocurridos durante los últimos seis meses a partir de la fecha de la entrevista, incluyó también la aplicación de dos instrumentos Línea Base Retrospectiva (LIBARE) y la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA) con el fin de obtener el patrón de consumo y el nivel de dependencia al alcohol respectivamente.

Se realizó un estudio comparativo con los datos obtenidos de ambos grupos en la primera y segunda evaluación encontrándose las siguientes características:

- 1) El grupo ST estuvo integrado en un mayor porcentaje por personas solteras y del sexo femenino y este grupo en particular reportó estar más insatisfecho respecto a su calidad de vida.
- 2) Al inicio del tratamiento el grupo NT tuvo una mayor inestabilidad laboral y un estatus socio-económico menor al grupo ST.

- 3) Un mayor porcentaje del grupo NT en comparación al grupo ST reportó haber tenido en los últimos 6 meses anteriores al tratamiento "consecuencias adversas al consumo de alcohol" en particular daño afectivo y problemas interpersonales.
- 4) El patrón de consumo y la historia de consumo del grupo NT fue en general mas severo que el del grupo ST.

Por otro lado se encontró que el 20% del grupo NT se recuperó espontáneamente (RE). Al comparar a este grupo con el resto de la muestra del grupo NT con el objetivo de identificar las características de este grupo en particular se encontró lo siguiente:

- 1) El grupo RE reportó mayor edad (años cumplidos), mayor inestabilidad laboral.
- 2) De la misma manera el grupo RE reportó una historia de consumo y un patrón de consumo aún más severo que los del grupo NT.

Por último se discuten los resultados y se presentan algunas sugerencias para reducir la deserción.

INTRODUCCION

El presente trabajo presenta la investigación realizada con una muestra de 60 personas que acudieron a solicitar servicio al Centro de Servicios Psicológicos Acasulco en el que se imparte un tratamiento de Auto-Control dirigido a bebedores problema; 30 personas de dicha muestra terminaron el tratamiento (ST) y 30 lo abandonaron a pesar de los tres rescates realizados por los terapeutas de la institución, estos dos grupos fueron evaluados en dos fases al inicio del tratamiento y a los 6 meses de haberlo terminado o abandonado. Esta investigación tuvo como finalidad identificar las características que hacen que una persona esté o no propensa a abandonar este tipo de tratamientos.

Para realizar lo anterior se realizó una larga y exhaustiva investigación documental y un estudio comparativo con los datos obtenidos de ambos grupos en las dos fases, es así que la información recopilada y obtenida a través de este trabajo se presenta de la siguiente manera.

En el capítulo 1 "Evolución histórica del alcoholismo" se expone como era conceptualizado el alcoholismo en la antigüedad y como es que surge el concepto como tal; así mismo se presentan los diferentes enfoques que intentan explicar las causas u origen del alcoholismo.

En el capítulo 2 "Tratamiento" se presentan las corrientes o formas en que los estudiosos en este campo han abordado el alcoholismo en un intento por dar solución a este problema social que aqueja a la humanidad, esto es, se abordan de manera breve en que consisten las terapias aversivas, psicoterapias, tratamiento con medicamentos; grupos de auto-ayuda y por último la corriente de corte conductual que es al tipo de tratamientos al que pertenece el Programa de Auto-Control dirigido para bebedores problema.

En el capítulo 3 "Deserción y Recuperación espontánea" se explica en que consisten dichos términos y se hace una exhaustiva remembranza de los estudios realizados sobre estos temas durante las últimas décadas.

En el capítulo 4 "Método" se explican minuciosamente el tipo de muestra, el tipo de investigación, el escenario, los instrumentos, y los pasos realizados a lo largo de toda la investigación.

En el capítulo 5 "Resultados" Este capítulo se divide en dos partes en la parte I se presenta el análisis comparativo y estadístico de las características presentadas por grupo ST y NT al inicio del tratamiento y a los 6 meses de haber terminado o abandonado el tratamiento y en la parte II se compara un subgrupo RE (integrado por aquellas personas pertenecientes al grupo NT pero que lograron la abstinencia hasta el momento en que se les realizó la segunda evaluación) con el resto del grupo NT.

Por último presentamos las conclusiones y sugerencias a las que llegamos a partir de la investigación realizada .

INDICE

PÁG.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1"EVOLUCIÓN HISTÓRICA

DEL ALCOHOLISMO" 1

INTRODUCCIÓN 1

ANTECEDENTES HISTÓRICOS 1

MODELO MORAL 3

MODELO DE MODERACIÓN 4

MODELO AMERICANO DE ENFERMEDAD 6

MODELO EDUCACIONAL 7

MODELO CARACTEROLÓGICO 7

MODELO DE CONDICIONAMIENTO 8

MODELO BIOLÓGICO 9

MODELO DE SISTEMAS GENERALES 11

MODELO SOCIOCULTURAL 12

MODELO DE SALUD PUBLICA 13

MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL 14

CAPÍTULO 2 "TRATAMIENTO" 18

TERAPIAS CON MEDICAMENTOS 18

TERAPIAS AVERSIVAS 19

PSICOTERAPIAS 23

GRUPOS DE AUTO-AYUDA 24

	PÁG.
CAPÍTULO 3 "DESERCIÓN Y RECUPERACIÓN ESPONTANEA"	34
CAPÍTULO 4 "METODOLOGÍA"	54
SUJETOS	54
TIPO DE MUESTRA	54
TIPO DE INVESTIGACIÓN	55
ESCENARIO	55
INSTRUMENTOS	57
TIPO DE INVESTIGACIÓN	57
PROCEDIMIENTO	58
CAPÍTULO 5 "RESULTADOS"	61
PARTE I	63
PARTE II	75
CONCLUSIONES	83
BIBLIOGRAFÍA	92
ANEXO 1	
ANEXO 2	

CAPITULO 1

EVOLUCION HISTORICA DEL ALCOHOLISMO

INTRODUCCION

Alcoholismo no quiere decir lo mismo para todo aquel que maneje el vocablo, cada disciplina interesada en la investigación y solución de este problema le otorga un significado especial de acuerdo a sus enfoques, dando lugar a diversas opiniones que a través de la historia se han vertido en relación con el uso y abuso del alcohol, originándose así los criterios que utilizan actualmente las diferentes disciplinas.

Pero pese a su excesivo empleo, el término alcoholismo es relativamente nuevo puesto que empezó a utilizarse en el siglo XX ya que en los escritos previos sólo se habla del uso y abuso del alcohol, de sus complicaciones médicas y de los problemas sociales que resultan de su consumo excesivo, sin embargo no se refieren a él como un fenómeno como tal, es quizá por eso, que pasó mucho tiempo antes de que la sociedad empezara a preocuparse por el problema del alcoholismo.

ANTECEDENTES HISTORICOS

El modelo moral ha sido el más utilizado por las diferentes sociedades como un intento de prevenir los problemas generados por el abuso del alcohol. En lo que se refiere al movimiento de temperancia este surgió en Inglaterra debido en gran parte al exceso en el consumo de bebidas alcohólicas posterior a la Revolución Industrial, situación que no tardó en llegar a los Estados Unidos. Este movimiento inicialmente promovía la moderación y recomendaba

el uso de cerveza y vinos de mesa en vez de las bebidas destiladas. Sin embargo, durante las siguientes décadas ocurrió un cambio importante: el significado de la temperancia se modificó gradualmente de la moderación a la total abstinencia, ya que se consideró a todas las bebidas alcohólicas como innecesarias, perjudiciales a la salud e inherentemente venenosas, surgiendo así la petición de una prohibición total que culminó con la promulgación de la decimoctava enmienda a la ley estadounidense -la famosa época de la prohibición para la fabricación y venta de todas las bebidas alcohólicas que se inició en 1920 y finalizó en 1933.

Durante 150 años, el público nunca tuvo la menor idea de que se hubiera desarrollado concepto alguno respecto de los problemas derivados del abuso del alcohol o de que se manejara el concepto de alcoholismo, y esto porque en los informes oficiales tanto médicos como legales nunca lograron constituir un concepto definido con respecto a éste.

Hasta hace pocos años, el término que se utilizó comúnmente era "ebriedad habitual" y a la víctima se le llamaba simplemente "borracho". Los médicos asignaban al alcohólico la categoría de "enfermo" siempre y cuando desarrollara algún trastorno físico o psicológico como consecuencia de su consumo excesivo, por otro lado los políticos y las autoridades sanitarias veían el tema con desprecio, desinterés o temor de proponer leyes y medidas que pudieran hacerlos impopulares.

Ya en el siglo XX, surgió la inquietud generada por los grupos de Alcohólicos Anónimos los cuales consideraban al alcoholismo como una enfermedad incurable, progresiva y mortal, aseveración que sentó las bases para que los profesionales de la salud se interesaran por el problema del

alcoholismo, formándose así comités de expertos de la salud patrocinados por la Organización Mundial de la Salud, encaminados a la realización de trabajos e investigaciones relacionados al problema del alcoholismo.

En la actualidad, el modelo médico se vio superado cuando empezó a destacarse la importancia de los aspectos socioculturales implicados en el alcoholismo, sin embargo no perdió vigencia la idea que el fenómeno del alcoholismo tiene implicaciones médicas y patológicas perfectamente definidas

MODELO MORAL

Seguramente el abuso de alcohol ha existido desde tiempos remotos, pero hasta hace poco era entendido como una consecuencia infortunada de una decisión personal, es así que el modelo moral enfatiza la elección personal de consumir excesivamente como causa de los problemas del alcohol.

Una reciente publicación de la iglesia presbiteriana de los Estados Unidos 1986, plantea cuatro hipótesis teológicas sobre el abuso de alcohol:

- 1) Considera la conducta de beber como un pecado en virtud del daño que es causado por uno mismo a otros.
- 2) Algunas ocasiones es concebido como un déficit de responsabilidad personal o fuerza espiritual que lleva al consumo excesivo o embriaguez. (Alcoholics Anonomous, 1976.)
- 3) Mas raramente los problemas de alcohol son entendidos como una posesión demoniaca.
- 4) Otra concepción del modelo moral es que conceptualiza implícita o explícitamente los problemas del alcohol como una terca violación de las normas morales, considerando que el modo de conducirse bajo la influencia del alcohol es un

crimen negligente raramente justificable, otorgándole la responsabilidad de sus acciones a los sujetos. En la sociedad moderna raramente excusan una conducta criminal cuando es cometido bajo los efectos del alcohol u otra droga pues es responsabilidad del sujeto consumirla o no, en algunas otras sociedades la intoxicación pública o la mera posesión del alcohol es una seria ofensa que puede ser seriamente castigada.

MODELO DE MODERACIÓN

El modelo de moderación es frecuentemente confundido con el modelo moral aún cuando difieren sustancialmente en la causalidad del problema del alcoholismo. En E.U. este modelo predominó a principios del siglo XX justo cuando el alcohol deja de ser un bebida prohibida por la ley Americana lo cual ocurrió en 1933. Durante estos años este modelo enfatizaba y promovía la sobriedad y la moderación con uso adecuado del alcohol, la razón por la que debería de tenerse cuidado con el uso del alcohol era debido a la naturaleza peligrosa de dicha droga.

El alcohol fue visto como una droga con un gran potencial para producir perjuicios en el individuo, dicha concepción duró hasta antes de que el alcohol fuera legalizado e introducido a la sociedad, pues una vez sucedido esto se pudo conocer los efectos del abuso de alcohol -existen más de 100000 muertes relacionadas al alcohol y el gasto social aproximado es de 116 billones de dolares anuales, solo en los E.U.- (Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo, 1987).

El movimiento producido por este modelo ha tenido momentos políticos importantes que a continuación describiremos brevemente: Debido a que el alcohol era visto como una droga extraordinariamente peligrosa que no podía ser usada ni siquiera con moderación pues era una droga completamente insegura, solo existen para este modelo 2 opciones, la primera consistía en que el individuo fuera abstinente y la segunda opción era progresar en el alcoholismo hasta la muerte pues se consideraba que ninguna persona podría tener un consumo moderado. Fue durante este tiempo en que surgió un movimiento que presionaba exhortando al Congreso de los E.U. a vedar la producción, la venta, la transportación y la importación de bebidas alcohólicas y fue hasta 1919 que la 18ava. enmienda de la Constitución de los E.U. hizo de la posesión de alcohol un acto criminal; posteriormente fue pospuesta y en 1920 fue ratificada en la ley, sin embargo, existió una gran cantidad de contratiempos que impidieron ponerla en vigor. En 1933 la 21ava. enmienda de la Constitución repelió la 18ava. enmienda y legalizó nuevamente el alcohol.

La esencia de este modelo es que considera la causa de los problemas de alcohol al alcohol mismo (legal o no legal). El alcohol es visto como una peligrosa droga que no garantiza poder tener un cuidado en su uso, lo cual es similar a lo que sucede con drogas como la marihuana, cocaína y heroína y cuya droga tiene cierto contenido de adicción y poder destructivo que producen problemas que pueden ser explicados por las simples propiedades farmacológicas de la droga misma.

MODELO AMERICANO DE ENFERMEDAD

En 1933 en los Estados Unidos se encontraban en un dilema conceptual puesto que la corriente teórica que dominaba en aquellos momentos era la que consideraba los problemas de alcohol como una consecuencia o como causa de la perniciosa naturaleza del alcohol mismo. En ese entonces el Congreso recién había legalizado poniéndolo a la disposición de la sociedad; situación por la cual era "necesario" crear un nuevo modelo.

La proposición central de este modelo es que el alcoholismo es una condición única y progresiva que es cualitativamente diferente a la normalidad, esto es, los alcohólicos son vistos sustancialmente diferentes a los no alcohólicos ya que los primeros poseen una condición distinta que los rinde y los hace incapaces de beber con moderación.

La enfermedad del alcoholismo es vista como si proviniera de una combinación de causas físicas, psicológicas y espirituales (A.A., 1976), en donde el principal síntoma de esta enfermedad es la incapacidad de autorestringirse una vez que se ha comenzado a beber (una copa una borrachera), esta enfermedad es entendida como irreversible e incurable pero que sin embargo puede ser contrarrestada por la abstinencia total.

Este modelo fue de gran importancia en la década de los 30s pues facilitó la transición de la prohibición a la legalización del alcohol. Por otro lado este modelo plantea que beber con moderación es imposible para todas aquellas personas llamadas alcohólicas, sin embargo este modelo beneficia a los alcohólicos ya que los absuelve de la responsabilidad de su condición.

y los justifica asignándoles un tratamiento en lugar de castigarlos, esto ayuda igualmente a los bebedores moderados ya que estos también pueden beber sin tener consecuencias o problemas legales.

Más recientemente los profesionales médicos abrazan la idea de que los alcohólicos requieren un tratamiento médico pues ven al alcoholismo como una enfermedad inherente a las características físicas y psicológicas del individuo y como vemos ya en este contexto al alcoholismo no es causado por el alcohol lo cual parecería completamente absurdo comparado con los otros modelos.

MODELO EDUCACIONAL

El modelo educacional enfatiza que el abuso de alcohol radica en un déficit en los conocimientos acerca de los efectos perjudiciales del alcohol, los cuales significarían tanto un daño en los propios sujetos como a sus familiares y sociedad. Es decir, dicha causalidad proviene de una falta de información exacta que gira en torno al alcoholismo.

MODELO CARACTEROLOGICO

Este modelo al tener sus raíces en la Teoría Psicoanalítica plantea que el alcoholismo es solo un síntoma que denota la presencia de conflictos psicológicos no resueltos o bien un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad.

Los psicoanalistas interesados en el tema, han propuesto una gran variedad de hipótesis para explicar las causas del alcoholismo, dentro de las cuales plantean las siguientes:

Algunos postulan que los alcohólicos representan una fijación en el desarrollo psicológico normal del individuo, implicando así un severo conflicto no resuelto que conlleva a la dependencia del consumo, es decir, se debe a una fijación en la etapa oral del desarrollo de la personalidad resultando de este modo una dependencia al estar presente el conflicto de continuar succionando o chupando de una botella. Por otro lado, una aseveración a nivel psicodinámico plantea que el alcoholismo surge de una homosexualidad latente, una baja auto estima o bien por algún conflicto de rol sexual.

Básicamente este modelo afirma que el alcoholismo es el resultado de perturbaciones y carencias emocionales que durante la infancia se gestaron, ocasionándole al sujeto inmadurez emocional, suponiendo a su vez que la gratificación que el sujeto obtiene por el uso y los efectos del alcohol representa un escape de la realidad, aliviando de este modo sus sentimientos de angustia, culpabilidad, hostilidad y depresión; que son reflejos de trastornos mas profundos y que usualmente no son reconocidos.

MODELO DE CONDICIONAMIENTO

Los principios generales del aprendizaje y condicionamiento quedaron establecidos durante la primera mitad del siglo XX y fue entonces cuando los psicólogos comenzaron a especular acerca del proceso que pudiera explicar el desarrollo de la conducta de beber.

Fue así que plantearon que la causa del alcoholismo es el condicionamiento clásico o Pavloviano (teoría de E-R) enfatizando el rol del aprendizaje en la formación de la conducta de beber, mas recientemente se le asignó un papel importante dentro de esta teoría, al papel que juega la tolerancia a la droga.

Según el Condicionamiento Operante si se bebe alcohol y existen consecuencias placenteras es muy probable que la conducta continúe o bien se incremente. Los estudios sobre este tema han revelado que existe una variedad de estímulos que pueden reforzar la conducta de beber, entre estos se encuentra la reducción de tensión que causa el consumo de alcohol, el poder evadirse de las reglas sociales, o bien al reforzamiento social positivo de compañeros.

Podemos concluir recordando que la premisa del modelo de condicionamiento, es que el beber excesivamente es un hábito aprendido que responde a principios ordinarios de conducta.

MODELO BIOLÓGICO

El modelo biológico surge en 1970 y se caracteriza por asignar un fuerte énfasis en los factores genéticos y fisiológicos como causantes del alcoholismo, esto es, considera que el abuso del alcohol es solo un síntoma de algún trastorno en el organismo los cuales pueden ser de origen endocrinológico, cerebral o bioquímico, dichos elementos predisponen a algunos individuos al alcoholismo, considerando también como factores de

riesgo los antecedentes hereditarios de las personas, esto es, las personas que desciendan de personas alcohólicas tienen un alto riesgo de presentar problemas de alcoholismo

La endocrinología afirma que la ingestión de alcohol ocasiona un trastorno glandular, generando una insuficiencia en la corteza adrenal, a su vez, ocasiona una disfunción cerebral que da lugar a la pérdida de control para beber y a la capacidad de abstenerse dando lugar a la conducta compulsiva y antisocial.

Desde el punto de vista neurobioquímico se plantea que beber en exceso durante algún tiempo provoca la inactivación de algunos de los sistemas enzimáticos que intervienen en el metabolismo del etanol.

Por último la corriente que podríamos llamar de "adicción farmacológica" también representa al modelo biológico y considera que el alcoholismo tiene que ver con las propiedades farmacológicas del alcohol mismo.

Como podemos observar este modelo permite predecir la conducta del alcoholismo, es decir, tiene una etiología, una fisiopatogenia, una historia natural, un cuadro clínico, un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento; enfatizando que la etiología es que el individuo nace con una predisposición hacia el desarrollo del alcoholismo.

MODELO DE SISTEMAS GENERALES

Esta aproximación considera la conducta individual como una parte de un gran sistema social, es por esto que la conducta de consumir en exceso no puede ser entendida sin considerar su relación o interacción con otros miembros o niveles del sistema al que pertenece el sujeto, así pues, este modelo plantea que el problema de alcoholismo es causado por una gran cantidad de factores, es decir, por una disfunción en el gran sistema al que pertenece.

La familia es frecuentemente considerada como un sistema; es por esto que una gran variedad de teorías enfatizan que el alcoholismo se debe a desórdenes en el sistema familiar. Un análisis transaccional (Steiner, 1971), por ejemplo, ha demostrado que el alcoholismo es el producto de juegos interaccionales en los que no solo participa el bebedor sino todos los miembros de la familia; otra aproximación del sistema familiar argumenta que el alcoholismo representa una estrategia de afrontamiento dentro de la estructura familiar, es así como el sujeto es tratado individualmente y el sistema familiar podría resistirse al cambio, afectando a otro miembro de la familia para compensar la disfunción.

El modelo de sistemas asevera que los hijos de alcohólicos manifiestan un tipo único de patología como resultado de la disfunción en la atmósfera familiar en la que crecieron, siendo muy probable que los niños sean muy vulnerables a conductas adictivas o relaciones patológicas y cuyos patrones de conducta muchas veces prevalecen hasta la segunda generación (Thanepohn, 1986).

MODELO SOCIOCULTURAL

Este modelo enfatiza el rol de la sociedad y de la subcultura en la producción de patrones de consumo y problemas relacionados con el alcoholismo, es decir, hace hincapié en que el alcoholismo es una consecuencia del medio ambiente en que se mueve el individuo.

Existen cuatro criterios de causalidad social en el alcoholismo:

- 1) La familia: el elemento mas importante que se centra en la formación de la personalidad en base a la actitud y conducta de los padres.
- 2) La organización social: el alcoholismo puede considerarse como un comportamiento opcional que responde a la continua frustración que genera la desorganización social.
- 3) La disponibilidad del alcohol: el nivel de alcohol consumido en una sociedad está determinado por la disponibilidad de las bebidas alcohólicas (el costo, el acceso y la regulación legal del alcohol) y de cuya disponibilidad dependerá si existen o no niveles altos de consumo de alcohol, de ser así, puede esperarse que proporcionalmente a dichos niveles de consumo de alcohol existan problemas de alcoholismo en dicha sociedad.
- 4) Otros aspectos socioculturales que pueden ser igualmente determinantes en el nivel de alcoholismo existente en una sociedad, destacan el nivel de estrés social, estimulación o castigo de los bebedores, actitudes hacia el alcohol, la importancia funcional o simbólica del alcohol dentro de la sociedad, el sexo, la edad, el estado civil, la raza, la religión, los ingresos y el nivel educativo.

MODELO DE SALUD PUBLICA

Profesionales en salud pública conceptualizan los problemas del alcoholismo en términos de una interacción de tres factores: el agente, el huésped y el medio ambiente.

El primer factor al que se refiere es al agente de tipo químico exógeno, que en este caso es la sustancia del alcohol etílico, el cual, por sí mismo contiene cierto potencial destructivo ocasionando consecuencias de acción química a nivel celular causando así un impacto sobre las funciones del organismo.

El segundo factor que el modelo plantea, es el huésped u organismo humano que funge como receptor de las influencias del medio y de los efectos del alcohol. Este modelo enfatiza que las condiciones del huésped pueden ser de gran importancia para pasar a ser susceptible a la influencia del alcohol, en este caso, un factor que indicaría riesgo estaría dado por la historia familiar la cual incrementaría o decrementaría la vulnerabilidad del beber en exceso, por lo tanto reconoce que hay diferencias individuales que abarca numerosas variables de tipo biológicas, sociológicas y psicológicas.

Un tercer y último factor que propone es el medio ambiente, el cual incluye variables sociales, culturales, políticas y económicas mismas que influyen y afectan en el uso excesivo de alcohol.

Debido a que el modelo de salud pública toma en consideración la incompatibilidad que existe entre este y otros modelos, trata de adoptar de cada perspectiva los factores que considera de influencia en el fortalecimiento del problema del alcoholismo, haciendo de este modo un modelo interactivo.

MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL

La teoría del aprendizaje social plantea que los problemas del consumo de alcohol no son causa de una enfermedad física o mental, sino más bien entiende que el alcoholismo es producto de patrones de comportamiento socialmente adquiridos que se mantienen por numerosas señales (condicionamiento clásico) y reforzadores consecuentes (condicionamiento operante) que pueden ser de naturaleza fisiológica, sociológica y psicológica.

Es así que el modelo de aprendizaje social se enfoca en la interacción existente entre el individuo y el medio ambiente y en el proceso de formación de patrones conductuales en donde se da el consumo de alcohol. Las investigaciones sobre este tema han indicado el papel tan importante que tienen factores como la reducción de ansiedad, incremento en el reconocimiento social o la aprobación de los compañeros, así como la habilidad en emitir conducta social espontánea de mayor variedad o la evitación de síntomas fisiológicos de abstinencia, los cuales pueden considerarse como eslabones etiológicos que contribuyen al mantenimiento de problemas en el consumo de alcohol. (Miller y Eisler, 1977).

De esta manera es que la teoría del aprendizaje social omite los factores genéticos como causales de la adquisición y mantenimiento del consumo de alcohol; y enfatiza los mecanismos biológicos que en interacción con factores psicosociales, conforman las variables causales del consumo de alcohol; por lo tanto el consumo excesivo de alcohol es visto por el modelo del aprendizaje social como un problema de aprendizaje más que como un tipo específico de personalidad o conflictos psicodinámicos (Bandura 1969 p.529).

Si bien Bandura (1969) es el creador de la Teoría del Aprendizaje Social, existen un gran número de investigadores que se han esforzado en crear un marco teórico para explicar la conducta del uso y abuso de alcohol.

Por un lado encontraremos a los investigadores que se han interesado en describir o desarrollar nuevos principios y tratamientos en el campo del alcoholismo utilizando para esto los principios propuestos por la Teoría del Aprendizaje Social.

Dentro de este tipo de investigaciones mencionaremos que uno de los mayores avances de la Teoría de Aprendizaje Social en relación al consumo de alcohol fue realizado por el Dr. Marlatt quien realizó un análisis detallado de los procesos psicológicos que influyen para mantener una conducta que ha sido modificada (Marlatt, 1978).

En tanto que Wilson (1978b) hace una extrapolación del aprendizaje social para analizar el alcoholismo, utilizando la teoría de Auto-eficacia para explicar los procesos que mantienen la conducta cambiada en desordenes de adicción.

Si bien es cierto que los análisis que hace el modelo de aprendizaje social acerca del uso y abuso de alcohol han sido realizados básicamente en seres humanos (bebedores sociales y bebedores problema); sin embargo las investigaciones realizadas con animales en situaciones de laboratorio han ayudado a clarificar la importancia del aprendizaje en la adquisición y mantenimiento de la conducta de consumo de alcohol; como lo demostró el estudio realizado por Siegel y sus asociados sobre el condicionamiento clásico y el desarrollo de la tolerancia (Poulos et al., 1981).

Por otro lado encontramos a los investigadores que han contribuido con conocimientos mas específicos en el campo del alcoholismo utilizando los principios de la Teoría del Aprendizaje Social, entre estos mencionaremos a: Stockwell et al.(1982) quienes demostraron que los alcohólicos que no tienen una dependencia física al alcohol, las respuestas que dan en cuanto al consumo de alcohol son puramente cognitivas.

En tanto Caudill y Marlatt (1975) demostraron la importancia del aprendizaje vicario "modelamiento" en la conducta del consumo y abuso de alcohol. Brown et al.(1980) encontraron que las expectativas que se tienen en cuanto al alcohol (efectos del alcohol) sobre la tensión o estrés (disminución) es un factor que distingue a los bebedores problema de los bebedores sociales.

.Por otro lado Wilson y Lawson (1976) demostraron a través de un placebo que existe una gran influencia de factores cognitivos en relación a la creencia de que habrá una mayor respuesta en el área sexual o social cuando se está bajo los efectos del alcohol.

La perspectiva del aprendizaje social también enfatiza la importancia de la imitación o "el afrontamiento", es decir, el uso de alcohol puede ser usado como una alternativa o una estrategia psicológica cuando el sujeto no tiene repertorios conductuales (habilidades) que sean efectivos para lograr enfrentar una situación dada, es por esta razón que surge la dependencia psicológica.

Como podemos observar existe una gran cantidad de investigadores que se han interesado en demostrar que el alcoholismo es un problema de aprendizaje mas que una enfermedad; y aún cuando personas como Lyerly y sus colegas hayan iniciado una serie de estudios en los que se avanza a un análisis experimental para demostrar la influencia de factores cognitivos sobre la conducta de beber y aún cuando estas investigaciones levanten serios cuestionamientos sobre la concepción tradicional del uso y abuso de alcohol (Lyerly et al. 1964) muchas corrientes seguirán apoyando la concepción "tradicional" del alcoholismo puesto que al aceptar lo que la Teoría del Aprendizaje Social postula, implica cambiar lo que se ha aprendido tradicionalmente.

CAPITULO 2

TRATAMIENTO

En la actualidad existen en México una serie de Programas de Tratamiento utilizados para solucionar un problema de gran relevancia social como es el consumo excesivo de alcohol.

El Dr. Ayala reporta que desde la perspectiva convencional sobre todo de las Ciencias Médicas, en la que el alcoholismo es considerado como una enfermedad progresiva e incurable; excepto en casos de remisión espontánea inexplicables (Hill, 1985; Pattison y cols; 1977), es planteada la abstinencia como criterio de éxito y objetivo del tratamiento, destacándose de este modo tres aproximaciones fundamentales de intervención: uso de medicamentos, terapias aversivas y psicoterapias.

En relación a la terapia con medicamentos podemos decir que, existen pocos estudios controlados de los cuales la evidencia empírica resulta controvertida. Por un lado Wallerten (1956, 1957, 1958) y Kline y Kinstone (1977) al emplear el disulfiram en sus pacientes, reportan efectos benéficos en estos, provocándoles una reacción fisiológica antagónica a la ingesta de alcohol por períodos de tiempo apreciablemente significativos. Mientras que investigadores como Gallant y cols. (1968) no encontraron diferencias positivas entre el disulfiram y otro tipo de tratamiento no medicamentoso. Por otro lado Marconi y cols. (1961) al hacer uso de carbamido citrato de calcio; otro medicamento empleado en el tratamiento de bebedores problema, reportan efectos benéficos, mientras que Bell (1956) y Armstrong y Kerr (1956) encontraron resultados contrarios. En el uso de Metronidazole, otra sustancia

que se emplea para provocar respuestas antagónicas con la ingesta de alcohol; Taylor (1964) señala que esta sustancia produce una abstinencia en sus usuarios que va de dos a cinco meses; indicando de este modo resultados positivos en su empleo, mismos que fueron reportados por investigadores tales como Semer y cols. (1966) y Pratz y cols. (1970) sobre todo con bebedores moderados. Sin embargo, Lowenstan, (1969) y Gallant y cols. (1968), a la vez que Goodwin y Reinhard (1972) y Kliner y col. (1974) no encontraron diferencias positivas en intervenciones empleando esta sustancia y otros tratamientos puramente psicológicos. Por otro lado Gessner, 1979; Fox y Smith, 1959; y Lowenstam, 1967, al emplear agentes psicotrópicos reportan buenos resultados, sobre todo en el proceso de desintoxicación, como a su vez Rada y Kellner, (1979) en el uso combinado de agentes ansiolíticos con tranquilizantes menores.

Otro grupo de estudios controlados (Bartholomew y Guille, 1961; Charnoff y cols. 1963; Mooney y cols. 1961; Rosenberg, 1974) han probado que resulta inefectivo el uso combinado de estos medicamentos para mantener al bebedor en abstinencia por intervalos de tiempo aceptables. Igualmente Kline y cols. (1974) y Merry y cols. (1976) reportan resultados negativos en el empleo del litio en el tratamiento del alcohólico y el bebedor problema.

Ahora bien, como un intento mas para dar solución al problema del alcohol, se encuentran las **Terapias Aversivas**, las cuales pretenden establecer una respuesta condicionada negativa a la ingesta de alcohol, utllizando sustancias desagradables o estimulación eléctrica dolorosa apareadas con la ingesta de alcohol, es decir, si se sostiene la hipótesis de que el alcohol reduce la tensión, la forma más evidente de conseguir que el

individuo se controle es manipulando las propiedades reforzantes del estímulo; por lo que si se consigue que el estímulo reforzante pierda esas características, se espera que el sujeto deje de beber. Así pues, en un intento de conseguir el control del sujeto mediante la eliminación de las propiedades reforzantes del alcohol, se han utilizado tres tipos de estímulos aversivos: tratamiento cuyo estímulo aversivo ha sido el shock eléctrico (aversión eléctrica), tratamiento cuyo estímulo aversivo han sido las diferentes sustancias químicas (aversión química) y tratamiento cuyo estímulo aversivo han sido imágenes desagradables (sensibilización encubierta).

El primer tipo de estímulo aversivo (aversión eléctrica), es el procedimiento utilizado con más frecuencia el cual se ha basado en un paradigma de castigo-escape, en el cual el shock es contingente con los sorbos de alcohol, mismo que finaliza cuando el paciente tira el alcohol; dicho shock es administrado a través de unos electrodos colocados en el antebrazo, pierna o dedos del paciente, sin embargo, los detalles sobre el procedimiento empleado (intensidad del shock, número de aparamientos alcohol-shock y espacio temporal entre las sesiones de condicionamiento) varían, debido a que todavía no se cuentan con datos experimentales establecidos, pero pese a esto, se cuenta con referencias de que la mayor parte de los terapeutas administran entre 3 y 8 miliamperios en aproximadamente 25 a 30 ensayos de condicionamiento durante diez días consecutivos.

La primera aplicación clínica de este tipo de estímulo aversivo con pacientes alcohólicos se debe a Kantorovich (1929); pero fue hasta los años 60's cuando volvieron a surgir trabajos de tratamiento con este tipo de estimulación y esto debido fundamentalmente a las dificultades de aplicación

de estímulos químicos. Fue entonces cuando Blake (1965, 1967) utilizando un paradigma de aprendizaje de escape con 25 alcohólicos crónicos obtuvo un 23 % de abstinentes y un 27 % con una mejoría importante. Sin embargo existieron otros estudios que al hacer uso del paradigma de evitación los resultados obtenidos han sido contradictorios ya que mientras MacCulloch, Feldman, Orford y MacCulloch (1966) fracasaron en desarrollar una respuesta de evitación condicionada al alcohol. Morosko y Baer (1970) y Chapman, Burt y Smith (1972) obtuvieron resultados más positivos y esperanzadores. Pero al no tener grupo control los estudios anteriores, determinaron su crítica dando paso así a otros estudios con mejores diseños. Vogles y cols. (1970), Halman y cols. (1972).

El segundo tipo de estimulación aversiva (aversión química), consiste en una asociación entre el color, olor y gusto de las bebidas con contenido alcohólico y una respuesta fisiológica desagradable producida por una sustancia química tratándose generalmente de la emetina, apomorfina o el anectine; las dos primeras provocando náuseas y vómito y la tercera una parálisis respiratoria total en el sujeto estando éste plenamente consciente.

La primera utilización de la apomorfina como estímulo aversivo químico se atribuye a Sluchevsky y Friken, quienes en 1933 trataron siete casos de alcoholismo, sin embargo, no se llegaron a conocer los resultados de este tratamiento. Fue entonces en 1935 cuando Galant por vez primera reportó los resultados obtenidos de la utilización de la apomorfina en 22 casos, de los cuales tres recayeron inmediatamente después de terminar el tratamiento y los diecinueve restantes se mantuvieron abstinentes durante periodos de tiempo diferentes. El primer y más extenso programa de terapia aversiva utilizando emetina se debe a Voellin y cols. (1940) quienes nueve años más tarde

publicaron su trabajo, en el cual, describieron sus resultados con más de 4000 pacientes alcohólicos mismos que fueron sometidos a un período de seguimiento de trece años, durante los cuales, un 51% de los sujetos se mantuvieron abstinentes y el resto recayó después del tratamiento, resultados que los llevó a su vez a demostrar que el éxito del tratamiento a largo plazo estaba relacionado con las sesiones de reacondicionamiento.

Los primeros investigadores que emplearon el anectíne como estímulo aversivo con pacientes alcohólicos, fueron Sanderson, Campbell y Lavery quienes en 1963 reportaron que de sus 15 sujetos tratados con esta sustancia (misma que produce un estado de parálisis muscular y respiratorio de una duración entre sesenta y noventa segundos), 12 permanecieron abstinentes después de una sola sesión de tratamiento.

Posteriormente Clancy y cols. (1967) no pudieron replicar los buenos resultados de Sanderson, ni tampoco Madill y cols. (1966); y Farrar y cols. (1968).

El tercer y último tipo de estimulación aversiva (sensibilización encubierta), consiste en el emparejamiento de escenas imaginadas sobre la bebida con escenas imaginadas de sucesos o sentimientos desagradables, tales como la náusea y el vómito; pero si estas imágenes no resultan aversivas para el sujeto por haberlas experimentado muchas veces en el pasado se suele obtener información de estímulos desagradables para el sujeto a través de un cuestionario de miedos, para utilizarlos en el apareamiento posterior. Durante cada sesión se presenta de diez a veinte emparejamientos, añadiéndose frecuentemente escenas de alivio en las cuales los sentimientos imaginados de relajación y bienestar se emparejan con la evitación y el

rechazo del alcohol. Una de las primeras aplicaciones de esta técnica la realizó Miller (1959), con 24 pacientes de los cuales 20 de ellos en un seguimiento realizado a los nueve meses se mantenían abstinentes. Pero fue Cautela quien en 1966 describió en esencia la misma estrategia, llamándole sensibilización encubierta. Aunque los resultados inmediatos de esta técnica suelen ser altamente positivos (Anant, 1967, 1968; Ashem y Donner, 1968; Rohan, 1970) se plantean importantes problemas a la hora de generalizar los resultados en el seguimiento.

Finalmente otro tipo de intervención que está enfocado a conseguir la abstinencia; es el uso de psicoterapias tanto individuales como de grupo que intenta aumentar la capacidad de "insight" haciendo un análisis lo más amplio posible de la personalidad usando como estrategia básica el desarrollo y la elaboración sistemática de regresión transferencial; pretendiendo así buscar la mejoría del paciente alcohólico mediante la transmisión a él mismo acerca de la naturaleza, las causas de sus temores, intereses, impulsos, defensas y motivaciones inconscientes.

El primer reporte que se tienen del uso de terapias psicoanalíticamente orientada de pacientes alcohólicos se debe a Goldstein y Stein (1976) quienes junto con Baekeland Ludwall y Kissin (1975) reportan resultados positivos encontrando que en el 15% de sujetos que acudieron a terapia de grupo bajo esta aproximación lograron la abstinencia y el 47% de los casos logró la reducción en el consumo. Sin embargo, a pesar de los posibles alcances positivos, la intervención de la psicoterapia carece de investigaciones en donde se pueda comprobar su efectividad (Matakas, Koescer y Leidner), además de que se ve limitada por las características que deben cubrir sus integrantes ya que estos deben de ser de clase social alta con coeficiente de

inteligencia elevado y buenos niveles de imaginación para que sean buenos candidatos para este tipo de intervención. Curtle (1971), por lo que se limita a tener resultados benéficos solo con esta población (Lyón, 1976; Zinberg y Col. 1978).

Otro tipo de intervención que ha sido y continúa siendo la estrategia más usual con alcohólicos, son los **grupos de auto-ayuda** (Alcohólicos Anónimos) los cuales constituyen un rasgo característico de la sociedad contemporánea. Alcohólicos Anónimos son considerados una hermandad integrada exclusivamente por enfermos alcohólicos que se ayudan, apoyan y refuerzan mutuamente en su deseo de permanecer en la abstinencia. Los grupos de A.A. se iniciaron en 1934 por iniciativa de sus dos cofundadores el Dr. Bob Smith y el corredor de bienes raíces Bill Wilson (Bill y Bob), los que abrumados por los problemas generados por su forma de beber, determinaron apoyarse y cuidarse mutuamente para mantenerse en abstinencia. De ahí surgió la idea de invitar a otras personas que tuvieran problemas con el alcohol, hasta que se formó un grupo lo suficientemente grande que constituyó la hermandad, cuya filosofía radica en un conjunto de normas conocidas como "los doce pasos" y las "doce tradiciones de A.A.". (Alcoholics Anonymous World Services; 1970).

Dichos grupos tienen una inspiración religiosa; esta inspiración religiosa fortalece mucho el espíritu y la cohesión del grupo dándole una relevancia moral al programa y aliviando mucho los sentimientos de culpa después de las etapas de intoxicación (Stein A., Friedman E. 1971, pag. 652).

El enunciado de A.A. reza de la siguiente manera: "Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua

experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; se mantienen con sus propias contribuciones; A.A. no está afiliado a ninguna secta religiosa, partido político, organización o institución alguna; no se desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar la sobriedad".

Pero a pesar del auge que tiene A.A. por el número y distribución de los grupos en todo el país, en el ámbito profesional y del estudio del alcoholismo se desconocen muchas de las características de esta organización y de los miembros que la integran, por lo que frecuentemente se le considera como una sociedad o secta secreta que logra una adhesión incondicional de sus adeptos, poco comprendida desde el exterior.

Dichas aproximaciones fundamentales de abordaje o intervención dirigidas a obtener la abstinencia en los sujetos alcohólicos, al carecer de soporte empírico, resultados consistentes y positivos en la investigación realizada (Baekeland y cols. 1975, Edwards y Guthrie, 1967, Willems y cols. 1973), resalta la controversia acerca de la abstinencia como la única meta de tratamiento, surgiendo así una nueva perspectiva de tratamiento basada en la Teoría del Aprendizaje Social, en el cual los Programas de Tratamiento están orientados hacia la moderación. La Teoría del Aprendizaje Social enfatiza que existe una población muy grande e importante que muestra patrones variables en la ingestión constituyéndose tipos de bebedores cuantitativamente diferentes, los cuales por mucho tiempo han sido ignorados, es decir, se trata de bebedores problema (aquellos individuos que tienen problemas identificables con el uso de alcohol, pero no han experimentado los síntomas

mayores de abstinencia). Pero a pesar del reconocimiento de las necesidades de tratamiento del bebedor problema y de las investigaciones que han demostrado que el tratamiento más adecuado para esta población difiere sustancialmente de los tradicionales desarrollados para individuos con dependencia severa (Babor, Fitson y Hodgson, 1986; Heather y Robertson, 1983; Hill, 1985; Miller y Hester, 1980; Oxford, Oppenheimer y Edwards, 1976), existe una verdadera ausencia de servicios clínicos para esta población (Hill, 1985; Fillmore y Midanik, 1984), lo que ha impedido el progreso tendente a reducir el impacto de los problemas del alcohol sobre la sociedad.

Es por esto que se propone una nueva aproximación completa, multidimensional, consistente y con evidencia empírica accesible, la cual está basada en la Teoría del Aprendizaje Social y en una gran evidencia resultante de estudios científicos experimentales y de campo cuidadosamente controlados (Sobell, Wilkinson y Sobell, 1990).

Desde esta perspectiva, los programas de tratamiento están orientados a la moderación y fueron inicialmente desarrollados por Lovibond y Caddy en 1970, empleando una aproximación conductual que enfatizaba el auto-control como procedimiento principal de intervención, es decir, evaluaron un complejo programa de Entrenamiento Conductual de Auto-Control.

Ya en las últimas dos décadas, un creciente número de investigadores han desarrollado programas de tratamiento basados en este modelo. Un programa de Entrenamiento de Auto-Control Conductual del Consumo del Alcohol que ha mostrado particular éxito es el de Miller y cols 1977. (Hamburg y cols., 1977; Miller, 1978a,b; y Miller y Muñoz, 1976) en donde plantean una serie de pasos a seguir: el primero de ellos se refiere al establecimiento de

metas, el cual consiste en la determinación de límites específicos apropiados de consumo de alcohol; el segundo en el automonitoreo del consumo de alcohol, el cual se refiere a que el alcohólico registre rutinariamente la conducta de beber y los eventos colaterales (estímulos antecedentes y consecuencias); el tercero en el entrenamiento en el control de la tasa de ingesta, el cual fue diseñado para alterar la topografía de la conducta de tomar; el cuarto se refiere al entrenamiento en el manejo de contingencias; el quinto es un análisis funcional de la conducta, el cual implicaría el tomar alcohol con un entrenamiento en procedimientos de control de estímulos identificando antecedentes y consecuentes; finalmente el entrenamiento de alternativas, diseñado para enseñar habilidades de afrontamiento que se emplean en las situaciones donde el alcohol se usaba anteriormente.

Otro estudio basado en el Programa de Entrenamiento de Auto-Control Conductual del Consumo del Alcohol fue conducido por Sánchez-Craig (1984) quien inició la propuesta de combinar los programas de control conductual con una reestructuración cognitiva (cambiar ideas irracionales por racionales) con el fin de que el individuo pueda resolver la problemática que lo hace beber; siendo estos los orígenes del programa de auto-control dirigido, desarrollado en Canadá por los Drs. Mark Sobell y Linda Sobell y adaptado a México por el Dr. Héctor Ayala; dicho programa está orientado a dos metas básicas: moderación o abstinencia; y está conformado por las siguientes sesiones con las siguientes características:

Una sesión de admisión y evaluación: en la cual se le informa al paciente lo que implica dicho tratamiento y de acceder a éste se prosigue con la evaluación; la cual consiste en aplicar una serie de instrumentos con el fin

de determinar cual es el grado de dependencia al alcohol para que con dicha información empiece a trabajar el terapeuta con el paciente.

El programa contempla cuatro sesiones de tratamiento, las cuales se llevan a cabo ya sea de manera individual o en grupo, esta última integrada por cuatro o seis personas.

La primera sesión consiste en un balance decisional, medir los pros y contras de su forma de beber y del establecimientos de metas por primera ocasión.

La segunda sesión tiene como objetivo principal el hacer por primera ocasión un análisis funcional de la conducta de beber (identificar antecedentes-conducta-consecuentes) y en el manejo de recaídas.

La tercera sesión consiste en establecer un plan de acción de conductas alternativas una vez siendo identificadas las situaciones de riesgo y de la recuperación de recaídas.

La cuarta y última sesión consiste en un resumen de todo lo revisado, un segundo establecimiento de metas, una revisión del éxito del plan de acción y se establece el compromiso de llevar a cabo sesiones adicionales en el caso que lo solicite así el paciente, como es el seguimiento (1,3, 6 y 12 meses) de los cuales el primero y segundo seguimiento lo realiza su terapeuta y al sexto y doceavo mes lo realiza el evaluador, estos seguimiento con el fin de tener conocimiento de los avances logrados de su consumo a través del tiempo.

Ahora bien una de las grandes contribuciones de la Teoría del Aprendizaje Social y sus terapias conductuales ha sido la adopción y refinamiento del análisis y evaluación de los resultados de los tratamientos usados (Kazdin 1980; Kazdin & Wilson 1978) ya que según Miller (e.g. W.R. Miller et. al. 1980) la relativa contribución de cada uno de los componentes del programa total de tratamiento puede ser evaluado; si bien los investigadores de la Teoría del Aprendizaje Social han creado y empleado una gran cantidad de métodos de tratamientos para el uso y abuso de alcohol, así mismo los teóricos se han interesado en evaluar los resultados de dichos métodos o tratamientos, logrando esto a través de la entrevista inicial y los seguimientos realizados a pacientes de dichos tratamientos.

El seguimiento es un contacto sistemático y estructurado que se realiza personalmente, por correo o vía telefónica con la persona que acudió a tratamiento, dicho contacto se lleva a cabo en ciertos intervalos de tiempo después de concluido el tratamiento, con el fin de obtener información acerca del tiempo, tipo y cantidad de consumo actual así como toda aquella información que sea de utilidad para el programa de tratamiento, ya que de los seguimientos pueden derivar sustanciales beneficios tanto para los pacientes como para quienes dirigen los tratamientos.

La forma en que se realiza el contacto con el cliente varía; no obstante algunas se recomiendan más que otras, es decir, cuando los clientes que se encuentran a grandes distancias del centro de tratamiento, se recomiendan los cuestionarios por correo; sin embargo, la información obtenida por medios de seguimientos realizados por correo carecen de los beneficios clínicos que podrían obtenerse de los realizados personalmente con el cliente puesto que en los primeros no existe alguien que pueda hacer preguntas adicionales

importantes o bien no hay un proceso para explicar las preguntas que no sean claras para el cliente; en tanto que la entrevista por teléfono se utiliza con aquellos clientes que no tienen deseo de regresar a una entrevista.

Un sistema organizado de seguimientos proporciona ganancias que difícilmente se lograrían de alguna otra manera, dichas ganancias sobrepasan los costos que implican estos, pues considerando el tiempo y los esfuerzos empleados en el tratamiento mismo, resultaría más caro seguir invirtiendo tiempo y esfuerzo sin ser este un tratamiento efectivo.

Algunos programas de tratamiento de alcohólicos frecuentemente reconocen los beneficios de la implementación de un sistema de seguimientos, dejándolo en segundo término argumentando que su prioridad es el tratamiento. Sin embargo, una de las razones primarias para implementar los seguimientos es que estos son un eslabón esencial para lograr tratamientos efectivos ya que sin la información que proviene de estos, el tratamiento puede no ser efectivo; los seguimientos proveen de retroalimentación para ayudar a descubrir y evaluar nuevas aproximaciones o bien evaluar lo que se ha hecho.

En el orden del aprendizaje la gente necesita de retroalimentación, sin este es difícil si no imposible saber o conocer que personas obtuvieron beneficios, quienes fueron afectados o quienes permanecieron sin cambios después del tratamiento; es así que la razón fundamental para implementar un sistema de seguimientos es proveerse de este tipo de retroalimentación y hacer más efectivo el tratamiento.

Un segundo beneficio pero igualmente importante para implementar un sistema de seguimientos al programa de tratamiento; es el impacto directo de

estos en los clientes mismos. Los clientes frecuentemente aprecian las visitas de seguimiento; percibiendo estas como una atención y cuidado extra por parte del centro de tratamiento. Por otro lado se sabe que la mayoría de las recaídas ocurre a los 6 y 12 meses de haber concluido el tratamiento, de tal manera que el éxito de los resultados puede estar fuertemente influenciado por el momento en que se realice el seguimiento (Costello, Biever, & Baillargeon, 1977). Desde el punto de vista de la prevención de las recaídas el período de alto riesgo para estas es a los 3, 6 y 12 después del tratamiento por lo que se recomienda que los seguimientos se realicen en estos períodos ya que podrían servir como sesiones "fantasmas" ¹ en las cuales se podría reforzar todo el proceso de tratamiento; es de esta manera que una recaída podría ser detectada e impedida a través del seguimiento permitiéndole al cliente y al terapeuta renovar esfuerzos redirigiéndolos a la recuperación.

Un tercer beneficio importante ha sido encontrado en la documentación de los servicios, sin un sistema de seguimientos los programas de tratamiento se basarían en reportes anecdóticos, cuestionarios, que para ellos son efectivos, pero que en la actualidad no servirían como evidencia para demostrar la eficacia de dicho tratamiento pues estamos en una era donde se requiere de una evaluación de los resultados para la acreditación de un tratamiento como tal; y un sistema de seguimiento podría proveer una clara documentación de los beneficios que derivan del programa.

Finalmente un sistema de seguimientos permite descubrir nuevas aproximaciones pues la información coleccionada sistemáticamente podría proveer de información que en un sentido podrían ayudar a la designación de nuevas aproximaciones de tratamiento. Por otro lado se podría dar respuesta a través de los seguimientos a preguntas clínicas tales como:- ¿Cuáles son los

¹ Fantasma: los autores se refieren a aquellas sesiones que no están incluidas formalmente, pero que si se dan refuerzan el proceso de tratamiento.

resultados de una aproximación en particular?; ¿Hay cierto tipo de individuos que tienen más probabilidad de responder y otros a recaer en un tratamiento en particular?; ¿Qué tan perdurable son los resultados?; etc.

En suma los seguimientos ofrecen una variedad de importantes beneficios, tanto para los pacientes como para los terapeutas ya que pueden ayudar a descubrir los aspectos del tratamiento que son particularmente efectivos, proveyendo la retroalimentación necesaria para mejorar los resultados de las terapias, así mismo pueden ayudar a los pacientes a mantener la relación con el tratamiento y evitar la recaída, también ayudan a los encargados del tratamiento a documentar los beneficios que derivan del servicio del programa y descubrir programas más efectivos y eficientes.

Por estas razones muchos investigadores se han interesado en evaluar los tratamientos que ellos mismos desarrollan, algunos de ellos son:

Hunt & Azrin (1973) quienes desarrollaron un programa de reforzamiento multifacético al cual lo evalúan a los 6 meses de haber terminado el tratamiento.

O bien, Sobell & Sobell (1978) quienes se han enfocado a investigar acerca de la terapia individualizada y realizan un seguimiento a los 6 meses y a los 2 y 3 años después del tratamiento.

Es de este modo; que un elemento clave dentro del tratamiento es la evaluación para poder desarrollar o adaptar el tratamiento a las características de la población; y como ya se ha dicho, dentro de la evaluación los seguimientos nos permiten observar el éxito del tratamiento y las modificaciones que se deben hacer para que sean más efectivos.

Es así que la evaluación es un proceso continuo e interactivo que ocurre antes, durante y después de la introducción del tratamiento y que tiene como finalidad evaluar las respuestas del sujeto, es decir, evalúa el curso de los eventos antes, durante y después de la implementación del tratamiento, lo cual proporciona una mejor base de datos para elegir la estrategia de tratamiento más viable, reformular objetivos o metas del tratamiento puesto que algunas veces surgen variables que no habían sido reconocidas en la evaluación inicial y que tienen gran influencia, o bien determinan cual estrategia es más efectiva.

Es por esto, que el poder entrevistar a todas aquellas personas que iniciaron un Tratamiento y en algunos casos no lo concluyeron, nos permitirá identificar qué factores llevaron a las personas a dejar el tratamiento y/o qué características tienen las personas que no concluyeron, ya sea por haber tenido una remisión espontánea o por continuar bebiendo en exceso.

Esta información será valiosa para lograr una total adaptación del Tratamiento a nuestra población e identificar las características idóneas de las personas que deben asistir a este tipo de tratamiento.

CAPITULO 3

DESERCION Y RECUPERACIÓN ESPONTANEA

Las personas que abandonan un tratamiento de abuso de sustancias son una fuente de frustración para el área clínica; además de que constituye un mayor gasto para tratamientos organizados. Cabe mencionar que los niveles de deserción del tratamiento de abuso de sustancia como el alcohol es alto, pero sólo un poco más en relación al nivel de clientes desertores que están participando en una amplia variedad de tratamientos médicos y psiquiátricos.

Si bien, la mayoría de los bebedores problema no acuden a buscar tratamiento ya sea por pena (por no ponerse la etiqueta de "alcohólico") o por que no consideran un problema su consumo; o tal vez acudan a recibir tratamiento pero por diversas razones desertan de él, es entonces cuando surgen cuestionamientos como: ¿Qué sucede con estas personas que no buscan ayuda o desertan de un tratamiento? ¿A caso todos van a una muerte violenta y desagradable como ha sido sugerido (Johnson V. 1973) o simplemente se recuperan por si mismos?. Para abordar estos temas comenzaremos planteando las investigaciones que se han realizado respecto a DESERCION para después profundizar en la RECUPERACIÓN ESPONTANEA.

Un amplio y exhaustivo estudio sobre deserción realizado por Baekeland y Lundwall (1975) se determinó que del 52 al 75% de los alcohólicos que eran atendidos externamente desertaron antes de las 4 primeras sesiones. Sin embargo en estudios más recientes, la mayoría de estas han encontrado que más del 50 % de las deserciones ocurre en el primer mes del tratamiento.

Por otro lado parecería obvio, pero no se puede asumir que los desertores tengan peores resultados que gente que continúa o bien que concluye un tratamiento. En una revisión de la literatura sobre Psicoterapia, Orlinsky y Howard (1986) concluyeron que la mejoría en la Psicoterapia es proporcionalmente más grande en aquellos pacientes que acuden a sólo sesiones iniciales pues aprovechan al máximo estas, y es tal vez por esto que muchos desertores de la Psicoterapia reportan poca necesidad de servicios adicionales (Pekarik, 1983b) o bien en su defecto expresan satisfacción respecto a los servicios que recibieron (Silverman & Beech, 1979). En un estudio Pekarik (1983a), descubrió que un 30.8% de la gente que deserta después de la primera sesión tuvieron resultados peores que gente que no fueron tratados, siendo estos los peores resultados que se haya visto en toda la literatura de Psicoterapia, por otro lado los desertores que recibieron 3 o más sesiones tuvieron la misma tasa de mejoría (75%) que gente que terminaron su tratamiento (76.9%).

Algunas investigaciones realizadas encontraron una asociación poderosa entre la deserción y resultados negativos; Baekeland y Lundwall encontraron que los desertores de un tratamiento de alcohol tuvieron peores resultados que gente que concluyeron el tratamiento. Así mismo Walker, Donovan, Kivlahan, y O'Leary (1983) determinaron que mientras el 70.2% de

alcohólicos que completaron un programa de tratamiento estuvieron abstinentes durante un periodo de 9 meses, sólo el 23.4% de aquellos que desertaron del tratamiento pudieron lograr una abstinencia semejante.

Una variable que parece ser importante para la predicción de resultados es el tiempo que el paciente permanece en el tratamiento cuya idea se ve apoyada por la literatura del alcoholismo. O'Leary, Rohsenow, y Chaney (1979) reportan una correlación positiva entre la duración del tratamiento y el tiempo que el paciente dura sin beber. Welte, Haynes, Sokolow, y Lyons (1981) establecieron que pacientes que permanecieron en tratamiento más de sesenta días, tuvieron mejores resultados durante los ocho meses siguientes de haber abandonado el tratamiento; a diferencia de aquellas personas que desertaron antes de los sesenta días. Sin embargo, Finney, Moos, y Chan (1981) encontraron que la duración de tratamiento tenía relación en ciertos casos; Walker et. al. (1983) citó un número de estudios experimentales los cuales no reportaron ninguna relación entre la duración de tratamiento y resultados.

Con respecto a la evidencia sobre la continuación del cliente en el tratamiento, es considerable el impacto de variables demográficas, sociales, de motivación del cliente, uso de sustancias, criminalidad, presión social, previa historia del tratamiento y psicopatología del paciente. (Michael J. Stark y cols. 1992).

En un estudio en donde se analizaron los factores y procedimiento usados en un tratamiento, se distinguieron ciertos indicadores que realzarían la adherencia al programa terapéutico. Pero a pesar de que la literatura está llena de estudios que intentan correlacionar características demográficas con

la deserción del tratamiento, los resultados de estos estudios no han dado un perfil seguro del desertor por lo que se limitan a sugerir intervenciones que podrían prevenir la deserción.

Con lo que se refiere al factor de la edad de los clientes que abandonan un tratamiento de abuso de sustancias, Baekeland y Lundwall (1975) reportan que en los clientes más jóvenes existe una alta proporción de abandono, especialmente en tratamientos de alcoholismo. Ellos postularon que una edad joven es asociada con una mayor movilidad geográfica y con menos posibilidades de tener una familia nuclear u otras vinculaciones de comunidad que puedan estabilizar al cliente y apoyar a los objetivos de tratamiento.

Pero a pesar de las múltiples investigaciones referentes a este factor estas han tenido serios problemas metodológicos haciendo que las conclusiones sean dudosas; por ejemplo Joe et al.(1975) encontraron que pacientes jóvenes y solteros tenían altos niveles de deserción sin embargo no está claro; si la deserción está producida por el ser "joven" o el ser "soltero" o bien la combinación de estas. Sorenson et al.(1985) determinaron que la edad está relacionada con la deserción en una etapa en particular dentro del proceso de tratamiento sin embargo, esto no es un resultado general.

Por otro lado investigadores como Szapocznik y Ladner (1977) concluyeron que los pacientes de mayor edad son más propensos a mantener el tratamiento; sin embargo, otros estudios (Babst, Chambers, & Warner, 1971) demostraron resultados contrarios reportando así, que eran los pacientes de menor edad quienes más probablemente se mantienen en tratamiento.

En suma muchos estudios recientes han reportado que las edades jóvenes son vinculadas con los altos niveles de deserción, sin embargo, Garfield's (1986) concluye que la edad no es un factor importante para la continuación del tratamiento. A pesar de que se ha encontrado que la relación entre juventud y deserción es posiblemente el resultado de la impulsividad y confusión del joven, es por esto que es difícil de confrontar estos factores por lo que la aportación se ve limitada en reportar que en tratamientos en grupos de jóvenes de la misma edad, tratamientos con terapeutas de edades similares (Beutler, Crago, & Arizmendi, 1986) o tratamientos que tienen un elemento de apoyo social (Feigelman, 1987; Weidman, 1987) se ha tenido éxito en mantener a los jóvenes en tratamiento.

Otro factor que es considerado como importante para la continuación del tratamiento es el sexo de los pacientes. Por un lado (Baekeland & Lundwal, 1975,p.763) encontró que el sexo era relacionado con deserción de tratamiento en 13 de 29 (44.8%) estudios concluyó que las mujeres eran más probables a desertar que los hombres , ellos reportaron que esa asociación parece especialmente válida en tratamiento de abuso de sustancias. Esto ha sido explicado por el hecho de que alcohol y adicción en las mujeres implica un mayor nivel de desviación social que en los hombres.

Garfield (1986) notó que una mayoría de investigadores no han encontrado diferencias entre los sexos y la retención en tratamiento y aunque encontró algunos estudios que demostraron una mínima retención en hombres, él concluyó que en términos generales no parece que el sexo sea un importante indicador de la probabilidad de seguir con el tratamiento, en este mismo sentido las conclusiones de otras investigaciones parecen confirmar la generalización de Garfield.

El hecho de que las variables pertenecientes en el abuso de drogas, los problemas de personalidad y la estabilidad social tienen una relación con el hecho de completar un tratamiento más en caso de hombres que en mujeres puede ser explicado por lo siguiente:

- A) Una variedad más restringida de abuso de sustancias ocurre con mujeres que con hombres.

- B) Depresión alta y baja auto-estima son menos destructivas en tratamiento para mujeres que para hombres (apoyado en parte por conclusiones que hombres con depresión mayor tuvieron peores resultados en tratamiento de alcohol que hombres sin depresión y que la existencia de depresión mayor era un indicador positivo en tratamiento de mujeres alcohólicas).

- C) Los hombres requieren mayor estabilidad social para continuar con su tratamiento que las mujeres (Rounsaville, Dolinsky, Babor, & Meyer, 1987).
Estas hipótesis son tentativas y no han sido probadas.

También es importante notar que interacciones entre sexo, deserción y otras variables que son reportadas, el pequeño nivel de resultados y la presencia de pocas relaciones significantes, sugiere que sexo no es un factor poderoso en la retención.

Por otro lado existen factores sociales que parecen estar asociados a la deserción, esto es, Baekeland y Lundwall (1975) determinaron que los clientes que están aislados socialmente, es decir, que son solteros y que no tienen una estabilidad ocupacional están más propensos a desertar.

Algunos investigadores han encontrado que los matrimonios que viven armoniosamente están asociados a un nivel de retención más alto (Locke & Wallace, 1959). Otros investigadores no han encontrado ninguna relación entre el estatus matrimonial y permanencia en el tratamiento (Ress et al., 1984). Sin embargo se ha pensado que los casos en que el esposo(a) está asociado con el nivel de retención, es porque la pareja sirve de apoyo para el tratamiento (apoyo social); se ha observado que los desertores manifiestan una necesidad más fuerte de atención y apoyo pues tienen sentimientos de aislamiento más profundos (Cummings, 1977).

En este mismo sentido Bekman y Bardsley (1986) notaron que el apoyo social se relacionaba con la deserción del tratamiento con más frecuencia en los hombres, no siendo de esta manera para las mujeres. Se observó que los pacientes que fueron asignados a terapias familiares o de pareja permanecían más en el tratamiento que aquellos que fueron tratados individualmente o en grupos de personas desconocidas (Smart & Grey, 1978).

Elliot, Huizinga, & Ageton (1985) sugieren que otro factor que influye en la deserción son las relaciones del cliente con familiares y en general con su comunidad, es decir se plantea que se debe hacer un análisis exhaustivo de cómo está incrustado el cliente en la sociedad pues muchas veces existe una fuerte influencia por parte de amistades en el desarrollo y mantenimiento del abuso de sustancias, esto es, desafortunadamente la mayoría de las investigaciones usan una definición de "aislamiento social" exclusivamente en términos de estatus matrimonial, aunque algunos incluyen el impacto de tener hijos en casa; un menor número de investigaciones toman en cuenta la satisfacción del cliente con su estatus social y casi ningún investigador toma en cuenta los efectos de amigos y sus actividades dentro de la comunidad.

Otro factor que influye es el estatus socioeconómico Baekeland y Lundwall definieron a éste como el nivel educativo, el sueldo que percibe y el estatus ocupacional que tiene el cliente; determinaron así que una posición más baja de clase social estaba relacionada con la deserción, recientes estudios ponen de la evidencia dicha conclusión (Garfield, 1986). Beckman y Rardsley (1986) establecieron que pacientes con los sueldos más altos, con seguro médico, y con tratamiento en una institución privada tenían mayor probabilidad de permanecer en el tratamiento de alcoholismo, en este mismo sentido algunos estudios han encontrado una correlación positiva entre el estatus ocupacional y la deserción (Stark & Campbell, 1988; Steer & Kotzker, 1978; Verinis, 1986). Sin embargo algunas otras investigaciones no reportan alguna relación entre el estatus ocupacional y la retención (Steer, 1983b). En tanto Garfield (1986) concluyó que el nivel educativo no está relacionado con la deserción y estaría asociado a la retención sólo en aquellos casos en donde las clínicas son rigurosas en sus admisiones.

Por último hablaremos de la influencia de la motivación y las expectativas del cliente sobre la deserción. Miller (1985) encontró que frecuentemente la motivación está asociada a la deserción del tratamiento, sin embargo, dice que los terapeutas dan poca posibilidad de que la motivación aumente, ya que ellos se predisponen a que el alcohólico tiene poca motivación. Baekeland y Lundwall plantean que las actitudes negativas o ambivalentes respecto al tratamiento y la baja motivación están asociadas a la deserción lo cual fue basado en impresiones médicas y no en algo científico. Investigaciones más recientes han demostrado que la opinión del terapeuta sobre el nivel de motivación del paciente está asociado frecuentemente con la permanencia en el tratamiento (Rees, 1985; Wheeler et al., 1984) pero no siempre ocurre así (Verinis, 1986).

Se ha tratado de investigar factores que puedan predecir la continuación en el tratamiento (Garfield 1986); uno de los factores que han sido identificados es quién manda al cliente a buscar tratamiento, es decir, se ha encontrado que los pacientes que buscaron ayuda por ellos mismos, permanecieron más tiempo en tratamiento que aquellos que fueron mandados por otras personas (Baekeland & Lundwall, 1975; Beck et al.,1983; Noel et al.,1987).

Las discrepancias en las expectativas que tiene el terapeuta y el cliente acerca del tratamiento (Garfield, 1986) al igual que la incertidumbre del paciente acerca de la naturaleza pueden ser fuente de deserción del tratamiento (Zweben & Li, 1981).

En otro intento para identificar los factores causantes de la deserción, fueron interrogados los clientes y los terapeutas acerca de esto; los clientes atribuyeron su deserción a su mejoría en su consumo, a problemas financieros, problemas de trabajo, problemas con hijos o bien porque el terapeuta no era de su agrado (Craig, 1985; Leigh et al., 1984; Nirenberg, Sobell, & Sobell, 1980). Los terapeutas atribuyen la deserción a actitudes como deshonestidad, falta de contacto con la realidad, resistencia (Craig, 1985; Miller, 1985) estas diferencias en las razones que dan los clientes y terapeutas respecto a la deserción hacen más difícil que los terapeutas interfieran en el proceso de deserción.

Pekarik y Finney-Owen (1987) encontraron que cuando los clientes y terapeutas eran interrogados acerca de las razones de deserción la mayoría reportaron una mejoría (30% y 37%) respectivamente. En tanto que el disgusto por el terapeuta fue reportada como razón de deserción dos veces mayor por los clientes que por los terapeutas (26% y 11%).

Con lo que a la deserción de tratamiento de alcoholismo se refiere se presentan las siguientes conclusiones que se deben a un conjunto de investigaciones interesadas en identificar algún elemento incitador de la deserción, para así pretender prevenir su acontecimiento y llevar a los clientes al término de su tratamiento obteniendo el máximo beneficio de este.

A pesar de la diversidad de investigaciones enfocadas al tema de abandono, la comparabilidad de estas a través de las diferentes poblaciones de clientes, indica cautela en interpretaciones únicas, puntos de utilidad, explicaciones genéricas y aproximaciones para prevenir prematuras terminaciones.

- 1) Es posible que los clientes continúen sí: reciben una respuesta inicial rápida y atención individual y si son vistos en muy pequeños grupos amistosos, con un confortable medio y con técnicas poco costosas. Una de las técnicas poco costosas que pueden ser empleadas para que el cliente pueda ser motivado, es el llamar por teléfono con el fin de un recordatorio de asistencia, así como correspondencia personal.
- 2) El efecto del apoyo social en la retención puede ser visto en relación a como este apoyo responde a la fuerza del tratamiento, en lugar de ver la función simple de la presencia o ausencia del apoyo.
- 3) Una manera para los clínicos de reducir la deserción, es ver la deserción como resultado de interacción de las necesidades del cliente y lo que ofrece el clínico, esto es, usando una perspectiva interaccionista se requiere que los clínicos conozcan los puntos de vista de los clientes en relación con su problema de abuso y sus

percepciones del valor del tratamiento lo que le permitiría influenciar en la probabilidad de respuestas deseadas del cliente. Esto sugiere que los clínicos puede beneficiar a sus clientes al mirarlos individualmente, ya que el cliente podría no tener el mismo problema fundamental de retención que los demás clientes.

Así que el clínico debe mirar mas allá que el propio abuso para así explicar la deserción y para buscar maneras para mejorar la retención. Esto no implica que el abuso del alcohol no contribuye a la deserción, puesto que es claramente un factor que guarda relación con la probabilidad de su presencia.

- 4) Los factores demográficos característicos que fueron relacionados con la deserción, no tienen que ser obstáculos insuperables, sino que pueden servir como indicadores para acciones que mejorarían la retención. Por ejemplo diferencias en retención asociados con el sexo pueden ser entendidos en términos de como el sexo afecta la facilidad de las opciones apropiadas.
- 5) El factor más importante para prevenir la deserción es el hecho de que el terapeuta debe intentar lo más posible que el cliente continúe con el tratamiento. Una de la estrategia más poderosas y que dio resultado con pacientes de lo más problemáticos resultó cuando el terapeuta dio atención inmediata a los problemas y preocupaciones de sus clientes, haciéndolos sentir bienvenidos y tratando a la situación de cada cliente como única, educando a los pacientes sobre el tratamiento quedando a su vez abierto a las ideas de los clientes y en conjunto establecer regimenes de tratamiento diseñados individualmente estando expuesto a modificaciones de acuerdo a como fuera requiriendo las circunstancias.

Sin embargo, esta posición proactiva de manera aislada no puede eliminar la deserción, pero combinada con la aplicación de técnicas diseñadas a prevenir la deserción, pueden reducir significativamente la deserción y puede mejorar el resultado final para los clientes.

Si bien la deserción es un tema que preocupa y por el cual se han realizado una gran cantidad de estudios con los cuales se han podido identificar algunos factores que influyen en la deserción pero también algunas de las consecuencias de la deserción, una de ellas es que pese a las sesiones de tratamiento recibidas existe un número importante de pacientes que se recuperan de su problema de consumo de alcohol sin haber recibido un tratamiento o bien sin haber concluido un tratamiento formal.

Los reportes de la recuperación espontánea no es nueva, pues a principios del siglo XIX Bejamin Rush (1814), un distinguido médico, describió a individuos que se recuperaban de problemas de alcohol por ellos mismos (pues los tratamientos de alcohol no existían en esa época). Un siglo después de las publicaciones de Rush y antes del advenimiento del tratamiento propuesto por los grupos de Alcohólicos Anónimo, se realizó un pequeño estudio para identificar los patrones de consumo de los bebedores, en el cual también se revelaron casos de recuperación espontánea, cuyos casos habían logrado la abstinencia por un largo período de tiempo. (Pearl R. 1926).

Hace 25 años Becker H.(1963) hizo un estudio de las desviaciones de conducta, observando a los bebedores excesivos, reconociendo que la gran mayoría de individuos con problemas de alcohol no solicitan tratamiento, se estimaba que la tasa de sujetos con problemas de alcohol sin tratamiento es de 3 a 1 (Sobell y cols. 1992). En aquel entonces la posibilidad de que los

bebedores problema se recuperaran sin tratamiento recibía muy poca atención, más recientemente esta posibilidad ha ganado terreno ya que el reconocimiento de la recuperación espontánea va creciendo. (Sobell, 1992, Instituto de Medicina, 1990; Mulford 1984).

Actualmente existen serios problemas con el concepto de Recuperación Espontánea o Remisión Natural pues no se ha puesto en claro si los estudios deben ser realizados con sujetos no tratados (nunca han recibido tratamiento) o con sujetos que comenzaron el tratamiento pero no lo concluyeron. Emrick (1975) apuntó que el término Recuperación Espontánea implica que el cambio ocurrió sin terapia lo cual es cualitativamente diferente de que ocurre "naturalmente" como un proceso en la vida pues de lo contrario, esto sugeriría que el cambio ocurre dentro o fuera de terapia o procesos similares. (cf. Edwards et al., 1977; Tochfeld et al., 1976.)

Más recientemente se han realizado una gran cantidad de estudios epidemiológicos y longitudinales de problemas de alcohol con población general (Fillmore 1988), que demuestra que la prevalencia de la recuperación espontánea es más grande de como ha sido sugerido en **estudios anteriores** (Sobell 1992).

Si bien en la actualidad hay múltiples senderos para la recuperación de los problemas de alcohol ejem. tratamiento, auto-ayuda, recuperación natural; (Instituto de Medicina, 1990; Sobell & Toneatto, 1992). La recuperación natural (propio-cambio), implica individuos que nunca recibieron tratamiento.

Existen serias razones para estudiar a quienes se han recuperado espontáneamente y son :

- 1) El campo del alcoholismo no ha producido tratamientos muy efectivos, de tal manera que un entendimiento del proceso de Recuperación Espontánea podría conducir al desarrollo de tratamientos más efectivos.
- 2) Existe una alta tasa de sujetos con problemas de alcohol que no buscan o acuden a tratamiento, la tasa de sujetos tratados y no tratados se estima que es de 3 a 1.
- 3) Basándose en los estudios de Recuperación Espontánea, podría ser posible el desarrollo de estrategias para quienes no desean o no están listos para ingresar a un programa de tratamiento, pero que desean modificar su consumo.
- 4) Debido a que los individuos que toman un tratamiento representan una pequeña porción de todos aquellos que tienen problemas con el alcohol, el conocimiento en este desorden puede ir creciendo si se toma en cuenta la información de aquellos sujetos que no se someten a tratamiento.

Otra razón y quizá la principal, es que el fenómeno de la recuperación natural es muy común. (Roizen et. al. 1978); quizás más común de lo que se ha especulado (Fillmore, 1988; Sobell & Sobell, 1991; Sobell et al., 1992.) Magruder, Habibit et. al. (1989) reportaron en un estudio que realizaron que resultaron ser más los remitores espontáneos que los remitores con tratamiento, en donde la proporción fue de 3 a 1 respectivamente; lo cual sugiere que un mejor entendimiento del proceso de la recuperación natural puede proporcionar información para el desarrollo de un mejor y efectivo tratamiento (Armor and Meshkoff, 1983, Vaillant and Mitofsky, 1982).

Desafortunadamente es muy poco el conocimiento que se tiene de este fenómeno, es decir acerca de los patrones de cambio de conducta, de la severidad de dependencia de aquellos quienes se recuperan, o bien qué es lo que disparó la recuperación. No obstante los pocos estudios publicados acerca de este fenómeno tienen serias debilidades metodológicas algunas de ellas son:

- 1) El período de resolución de los sujetos estudiados ha sido muy corto, pues típicamente ha tenido un rango de 6 a 12 meses.
- 2) Muchos estudios carecen de informantes colaterales, es decir personas que sean requeridas para confirmar los reportes de los sujetos estudiados.
- 3) Otros estudios no separan los resultados de aquellos sujetos que nunca han recibido un tratamiento formal de aquellos que han desertado del tratamiento.
- 4) Otros tantos, no han incluido un grupo control, el cual es de gran importancia ya que si sólo se tiene en cuenta a los sujetos estudiados entonces será imposible determinar alguna relación entre los eventos de vida de los sujetos y la recuperación, es decir, determinar si están funcionalmente relacionadas o fue meramente coincidencia (Sobell et al., 1992, p.201).

Una cuestión importante en el estudio de la recuperación espontánea es obtener información acerca de los eventos ocurridos en la vida de los sujetos de tal manera que si tales experiencias individuales son del mismo tipo y además coinciden con los sujetos recuperados entonces es probable que la recuperación espontánea pueda atribuirse solamente a la ocurrencia de estos eventos.

Una pregunta que surge en el estudio de la recuperación espontánea es si ésta ocurre con la misma frecuencia en todas las edades o quizá implica un proceso de maduración (i.e., associated with transition to adulthood; see, e.g., Cahalan, 1970; Cahalan, Cisin, & Crossley, 1969; Cahalan & Room, 1974; Zinberg & Jacobson, 1976); respecto a este tema, un estudio longitudinal fue realizado por Fillmore (1988) este investigador encontró que las curvas de maduración para el hombre sugiere que la recuperación de los problemas del alcohol ocurre más frecuentemente en la juventud que en edades adultas, en tanto que los problemas de consumo en las mujeres se hacen presentes en los años 40's y el declive o la probabilidad de recuperación ocurre a los 50's; los resultados del presente estudio serían impresionantes sin embargo presenta serios problemas metodológicos.

Un reciente estudio canadiense ha mostrado que la recuperación natural de problemas de alcohol empieza a aparecer como un camino predominante para la recuperación (Sobell y Sobell 1991) ya que de una muestra de 406 sujetos alcohólicos, el 82% se recuperaron por más de un año, de los cuales el 18% su recuperación fue de manera espontánea, es decir, solo el 64% fueron recuperados con tratamiento.

En un temprano análisis, Smart's (1975/1976) concluye que las razones de la remisión espontánea no son bien entendidas pero que probablemente no se deba a un cambio de la mentalidad del sujeto sino mas bien, sea una consecuencia de cambios en la salud, trabajo, matrimonio o bien de residencia. En una alta proporción (33%) se ha establecido a la enfermedad física de los alcohólicos como consecuencia de beber (p.284) como una razón para que se produzca la remisión espontánea.

Más recientes estudios (ver Sobell et. al. 1992) han identificado similares variables. Por ejemplo Saunders y Kershans (1979) reportaron que los remitores espontáneos reportaron cambios marital, vocacional y salud física. Mientras que Stall (1983) identificó que "la renovación en cuestiones como la religión, profesión, intereses y en el hogar" son reportados en los remitores espontáneos (pag.204) es decir, considera que la variable social tiene un papel importante en la recuperación espontánea. Por otro lado Tuchfeld's (1981) citó como razones de resolución espontánea a enfermedad, accidentes, problemas financieros, experiencias religiosas, o bien a eventos humillantes relacionados con el consumo excesivo de alcohol.

En otro estudio realizado en 1990 (e.g.; Moss et. al., 1990) obtuvieron variables medioambientales similares como causantes de la recuperación espontánea e incluso obtuvieron el patrón de recaída (Tucker et. al. 1990-91); si bien los resultados obtenidos en este tipo de estudios podrían ayudar a comprender los elementos comunes para lograr la recuperación espontánea con o sin tratamiento, sin embargo resulta ambigua la información ya que los estudios orientados a este tema resultan limitados en número y más aún porque no se han incorporado a ellos los recientes avances metodológicos (Sobell et. al., 1992, 1993). Por ejemplo: Los predictores o eventos que producen la recuperación natural no han sido identificados, tal vez porque el proceso es muy sensible por lo que al seleccionar a sujetos recuperados y sin haber asistido a ningún tipo de tratamiento se alude al estatus al que pertenece, debido a lo cual muchas veces los datos de los estudios tienen que ser vinculados necesariamente a los reportes verbales de los sujetos.

Es por lo anterior que como un intento de reducir los olvidos y prejuicios que se atribuyen a los reportes verbales de los sujetos, sólo dos estudios han intentado medir los eventos más objetivamente (Klingemann, 1991, Sobell et. al. 1993). Klingemann (1991) administró a los bebedores recuperados un inventario estructurado para medir los eventos ocurridos en un período total de tres años, un año antes-durante-después de que cesó la ingesta de alcohol; aunque el nivel de significancia estadística no fue reportada, los eventos negativos incluyen salud, trabajo, esposa, familia y problemas legales decrecieron durante el intervalo de la preresolución a la pos resolución.

Klingerman concluyó que la acumulación u ocurrencia de eventos en la vida de los alcohólicos, provee de los prerequisites necesarios para que se de la auto-remisión (p.738). Argumentando que la diferencia entre los eventos medidos por el inventario y los reportes verbales proporcionados por los sujetos mostraron grandes diferencias, por lo que no se pudo relacionar los datos. Es por esto que los resultados de este estudio debe de ser visto cuidadosamente no llegando a una generalización, debido a su falta de grupo control de bebedores problema, puesto que sin tal, comparación las aparentes influencias de la recuperación espontánea podrían reflejar la variabilidad de las circunstancias de la vida de un bebedor problema lo cual tendría que ver muy poco con el proceso de recuperación (Sobell et. al., 1992).

Por otro lado Sobell y Sobell (1993) al investigar la recuperación natural (propio cambio) del bebedor problema se plantearon dos preguntas fundamentales : Cuales son las contribuciones del sujeto para una recuperación espontánea? y cual es el factor(es) que mantiene la resolución?; en éste estudio se incluyó un grupo control de bebedores problema en activo

y sujetos recuperados sin tratamiento; se usó un cuestionario estructurado (RLCQ; Rahe, 1975) para evaluar los eventos ocurridos durante el año inmediato a la resolución. Sin embargo ellos no encontraron diferencias significativas en los eventos reportados por las 6 subescalas del RLCQ, los resultados que obtuvieron fueron que ningún evento natural o constelación de eventos fueron diferencialmente asociados con la resolución, ya que el 29% de los sujetos fueron incapaces de identificar los eventos causantes de su recuperación; sin embargo el análisis de las razones que dieron los sujetos para su recuperación sugiere que el 57% de los sujetos recuperados sin tratamiento fueron caracterizados por haber realizado una "evaluación cognitiva" es decir una apreciación de los pros y los contras del beber, además que contaron con el apoyo de su conyuge. Este estudio además de investigar el restablecimiento natural para problemas de alcohol, vence o supera los problemas metodológicos que afectan a unos cuantos estudios previos, es el primer estudio que proporciona un análisis sistemático de los posibles procesos psicológicos y sociales antecedentes y consecuentes que llevan a la abstinencia sin tratamiento; no obstante este estudio demuestra la importancia de usar un grupo control de estudio, por lo que provee de una dirección para el desarrollo de estrategias de tratamiento para el abuso de alcohol o acelerar el propio cambio.

En otro intento para identificar los eventos relacionados a la recuperación espontánea, nuevamente Sobell et. al. 1993 realizaron una investigación para identificar los eventos medioambientales y su influencia en la recuperación espontánea de alcohólicos, en este estudio incluyeron 21 sujetos abstinentes durante los 6 últimos años y 18 bebedores problema activos de los cuales ninguno había recibido tratamiento. A todos ellos se les aplicó una entrevista estructurada las cuales evaluaban la ocurrencia de

eventos durante un período de tres años, de los cuales, en los sujetos abstinentes, 2 años correspondían al período antes de haber logrado su abstinencia y un año después de ocurrida la abstinencia, dichos eventos fueron comparados con los ocurridos a lo largo de un período de 3 años de los bebedores problema activos en donde los colaterales verificaron los eventos y la ausencia de tratamiento. La recuperación de los sujetos mostró: una mejoría en la salud, una elevada estabilidad laboral durante el año que precedió a la abstinencia y un decremento de eventos legales; en general, hubo un decremento en los eventos negativos los cuales continuaron a la resolución, es decir, el 65% de los sujetos recuperados percibieron como razón principal para su recuperación los problemas de salud después de un episodio de consumo y el 25% citó los problemas con la familia e hijos; por otro lado el 85% de los sujetos citaron el cambio personal o bien en su fuerza de autocontrol como factor que le ayuda a mantener la abstinencia, en tanto que el 63% de ellos citaron la mejoría en la salud (Turcker A. y cols.1993).

A través de la correlación diseñada para el análisis de los resultados obtenidos sugiere que los cambios ocurridos en ciertas áreas importantes de funcionamiento, motivan y hacen que se mantenga la abstinencia, además de que las variables que inician el cambio difieren en algo de aquellas que lo mantienen (J. Stud. Alcohol 55:401-411,1994).

CAPITULO 4

MÉTODO

SUJETOS:

En el presente estudio participaron dos grupos integrados por 30 pacientes cada uno. Uno de los grupos, al cual llamaremos grupo NT (grupo que no terminó) quedó integrado por pacientes que no terminaron su tratamiento, es decir, de un total de 178 pacientes con esta característica, sólo 30 personas aceptaron la entrevista de seguimiento a seis meses. De estas personas 14 asistieron únicamente a la sesión de evaluación inicial (47%), 11 a la primera sesión (37%), 4 a la segunda (13%) y finalmente sólo 1 a la tercera sesión de tratamiento (3%), a pesar de los tres rescates realizados por los terapeutas de la institución.

El otro grupo quedó integrado por pacientes que sí terminaron su tratamiento, mismo que llamaremos ST (grupo que sí terminó), los cuales asistieron tanto a las sesiones de admisión y evaluación como a las cuatro sesiones de tratamiento del Programa de Auto-control dirigido para bebedores problema. De un total de 177 que concluyeron y además se les había realizado el seguimiento a los seis meses de haber concluido, se seleccionaron 30 al azar.

TIPO DE MUESTRA: La muestra fue de tipo causal, constituida sólo por aquellas personas que decidieron aceptar voluntariamente la entrevista de seguimiento.

ESCENARIO: Para realizar los seguimientos a los desertores se concertó cita vía telefónica para realizar las entrevistas en los domicilios de las personas .

INSTRUMENTOS:

1. CUESTIONARIO DE ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

Cuestionario con 35 reactivos

Permitió obtener información de las características socio-demográficas, consecuencias adversas al consumo de alcohol y de las razones que lo llevaron a abandonar el tratamiento, este cuestionario fue elaborado por las tesisistas basándose en la entrevista inicial y en el cuestionario de seguimiento (ambos utilizados en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco) y en un tercer cuestionario llamado " DRINKING RESOLUTION", elaborados por los Drs. Sobell iniciadores del proyecto de Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema.. (Ver anexo 1)

2. LINEA BASE RETROSPECTIVA DE CONSUMO DE ALCOHOL (LIBARE) (SOBELL, L.C. & SOBELL, M.B., 1980) (ver anexo 1)

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO: Es un instrumento que sirve para medir el patrón de consumo (2) antes , durante y después de un tratamiento. Proporcionando al terapeuta medidas directas y precisas de la cantidad y de la frecuencias de consumo de cada individuo.

2.Patrón de consumo es definida en este trabajo como la relación existente entre la frecuencia con que se consume y la cantidad de alcohol consumida por ocasión.

FORMA DE ADMINISTRACIÓN: LIBARE puede ser administrado por un entrevistador o en forma de un auto-reporte. Se le entrega un calendario y se le pide que recuerde su consumo diario en un período específico; se requiere de 25 a 30 min. para hacer el estimado de un período de 12 meses. El consumo diario se traduce a tragos estándar.

FORMA DE CALIFICACION: Los datos obtenidos en cada uno de los días pueden ser promediados o sumados para determinar variables tales como: número total de días de consumo, número total de copas estándar consumidas, promedio de consumo por día y porcentaje de días de abstinencia, de consumo moderado (1-4 copas estándar), de consumo excesivo (5-9 copas estándar) y de consumo muy excesivo (más de 10).

3. BREVE ESCALA DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL (BEDA).

(Raistrick et al. 1986) (Ver anexo 1)

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO: Este instrumento fue diseñado para medir dependencia en la población adulta que abusa del alcohol, se derivó de un cuestionario más amplio (Cuestionario de Datos de Dependencia al Alcohol de 34 reactivos) desarrollado en 1980. Se buscaba que fuera más sencilla y rápida la aplicación y no tomara más de 30 minutos para contestarlo, como ocurría con el Edinburgh Alcohol Dependence Schedule.

El BEDA es idóneo para bebedores problema que buscan ayuda, la medida obtenida proporciona grado de dependencia, es un instrumento sensible para medir todo el rango de dependencia, así como cambios que se den con el tiempo y está relativamente libre de influencia socio-cultural.

FORMA DE ADMINISTRACION: EL BEDA puede ser administrado como parte de una entrevista estructurada o como autoreporte. Su aplicación requiere aproximadamente cinco minutos. La forma de calificación e interpretación se observa a continuación:

FORMA DE CALIFICACION:

Los 15 reactivos se califican de la siguiente manera:

- Una respuesta de nunca = 0
- Una respuesta de algunas veces = 1
- Una respuesta de casi siempre = 2
- Una respuesta de siempre = 3

Se obtiene un sólo puntaje que puede ir de 0 a 45 puntos.

FORMA DE INTERPRETACIÓN:

El puntaje obtenido en BEDA puede ser interpretado de la siguiente manera:

- 1 - 09 = DEPENDENCIA BAJA
- 10 - 19 = DEPENDENCIA MEDIA
- 20 - + = DEPENDENCIA SEVERA

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Ex-pos-facto

No se tuvo control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya habían ocurrido. La variable independiente no es manipulada.

PROCEDIMIENTO:

Lo primero que se realizó fue el formato de "entrevista de seguimiento a 6 meses", el cual se creó a partir de una recopilación de preguntas que existían en la entrevista inicial y de seguimiento utilizadas en el Centro de Atención Psicológica para Bebedores Problema y un cuestionario llamado "DRINKING RESOLUTION" utilizada en Canada para hacer seguimientos a aquellos pacientes que no terminan este tipo de tratamiento. De estas entrevistas se rescataron aquellas preguntas que a criterio de las autoras del presente trabajo eran las más pertinentes para obtener información acerca del patrón de consumo, las razones de abandono y las opiniones respecto al programa; una vez estructurada la entrevista se proporcionó esta a 3 jueces para que opinaran e hicieran sugerencias respecto al diseño, todo esto con el fin de mejorarla (Ver anexo 1); posteriormente se decidió aplicar la Línea Base Retrospectiva (LIBARE, ver anexo 1) y La Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA, ver anexo 1) para obtener el patrón de consumo y el grado de dependencia (respectivamente) con el fin de corroborar la información que se pudiera obtener en la entrevista, una vez que se tuvo esta estructura, se procedió a la selección de la muestra tanto del grupo que no terminó NT. como del grupo que si terminó ST.

La selección de la muestra del grupo NT fue de la siguiente manera: se hizo una lista de todas las personas que desertaron del tratamiento hasta Diciembre de 1994, el siguiente paso fue contactar por vía telefónica a las personas y plantearles que se requería de una entrevista con ellos, con el propósito de que nos dieran a conocer las razones por las que habían abandonado el tratamiento y así poder hacer las modificaciones para que

futuros clientes pudieran concluir el tratamiento, es importante mencionar que para que la persona accediera a la entrevista se le sugería que esta se realizara en su domicilio y así evitar molestias para ellos; una vez que los clientes aceptaban ser visitados en su domicilio, se fijaba el día y hora para realizar la entrevista.

Por otro lado la selección del grupo ST estuvo integrada por los 30 primeros sujetos que concluyeron el tratamiento desde que el Centro de Atención Psicológica para bebedores Problema fue abierto al público.

La realización de la entrevista de seguimiento a 6 meses a personas que no concluyeron su tratamiento fue de la siguiente manera:

Primero se procedió a la presentación oficial de las entrevistadoras, a través de una carta (Ver anexo 2) dirigida por el director del programa (Doctor Héctor Ayala) en la que se hablaba de las razones de la visita; una vez que el cliente terminaba de leer la carta, se procedía a entrevistarlo para obtener la información requerida en " El formato de entrevista de seguimiento a 6 meses".

Una vez abarcadas todas las preguntas de la entrevista se aplicó el LIBARE y a continuación de éste el BEDA, es importante mencionar que aquellas personas que reportaron haber dejado de beber no se les aplicó los dos últimos instrumentos.

Llegada a éste punto la entrevista se le preguntó al cliente si deseaba hacer algún comentario, de lo contrario, se daba por finalizada la entrevista agradeciendo su colaboración y ofreciendo nuevamente los servicios en caso de que fuera deseo del cliente regresar al tratamiento.

La información del grupo ST no fue obtenida directamente por las autoras de este trabajo sino por el equipo de evaluación del Centro de Servicios Psicológicos para Bebedores Problema, a través de la entrevista de seguimiento, LIBARE y BEDA instrumentos que son administrados en la sesión de admisión y de seguimiento a seis meses.

Habiéndose obtenido los datos del patrón de consumo, causas de abandono y opiniones acerca del tratamiento, se procedió a realizar el análisis estadístico tanto de las características que presentaron los sujetos en el momento de solicitar el tratamiento y a los 6 meses de haber concluido el tratamiento -grupo ST- y a los 6 meses de haber desertado -grupo NT-.

CAPITULO 5

RESULTADOS

Los resultados de esta investigación, se presentan en dos partes: La **parte I** comprenderá la comparación del grupo ST (grupo que si terminó; n= 30) con el grupo NT (grupo que no terminó n=30). Ambos grupos fueron evaluados en dos ocasiones la primera evaluación se realizó durante la entrevista inicial (en el momento en que llegan a buscar tratamiento) y la segunda evaluación se realizó durante el seguimiento (a los seis meses de haber concluido o desertado del tratamiento), razón por la cual los resultados se analizarán y se presentarán en cuatro bloques, cabe mencionar que todos y cada uno de los bloques excepto ciertas características socio-demográficas (edad, sexo, escolaridad, ocupación) se presentarán en los dos grupos antes de haber iniciado su tratamiento en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco y después de seis meses de haber concluido su tratamiento el grupo ST y después de haber abandonado el mismo grupo NT.

En la **parte II** se analiza información de un subgrupo, obtenido del grupo que no terminó (NT) y que son aquellas personas que reportaron haber dejado de consumir totalmente y además no acudieron a recibir algún otro tratamiento después del que en esta tesis se habla ; grupo al que llamaremos de Recuperación Espontánea (RE) . Es así que esta parte incluirá las comparaciones del grupo RE (n= 6) y el resto de personas que forman el grupo NT (n= 24).

Ahora bien como se mencionó anteriormente estas dos partes se analizarán en cuatro bloques que a continuación describimos:

A) El primer bloque incluirá la comparación de las características socio-demográficas, obtenidas a través de la entrevista inicial, como son la edad, sexo, estado civil, escolaridad, con quien vive, nivel socio-económico, situación laboral y ocupación. (Ver anexo 1)

B) El segundo bloque incluirá información sobre la historia de consumo y de tratamiento la cual abarca todas aquellas características que contengan información sobre el tiempo total que llevan consumiendo, los años que ha consumido en exceso, los años que considera su consumo problemático y si ha estado o no bajo tratamiento por causas del consumo de alcohol (por consumo excesivo se entiende + de 5 copas estándar por ocasión y por consumo problemático nos referimos a tener problemas familiares, legales, laborales, -consecuencias adversas- debido al consumo excesivo de alcohol); obteniendo lo anterior a través de la entrevista estructurada (Ver anexo 1).

C) En el tercer bloque presentamos el patrón de consumo (relación existente entre frecuencia con que se consume y cantidad de alcohol consumida por ocasión). Se presentan datos acerca del consumo actual, es decir, cantidad promedio consumida diariamente y número máximo de tragos consumidos en promedio; así mismo nos referiremos al porcentaje promedio de tiempo que se mantuvo en abstinencia, que mantuvo un consumo moderado, excesivo y muy excesivo dichos datos fueron obtenidos utilizando la Línea Base Retrospectiva (LIBARE). Finalmente se expondrá información acerca del tipo de dependencia (baja, media, alta); esta información se obtuvo a través de BEDA.

D) Finalmente el cuarto bloque abarca información referente a las consecuencias adversas al consumo de alcohol, como son daño a la salud física, daños cognitivos, afectivos, interpersonales, laborales, legales, y el grado de agresión que presentan debido al consumo excesivo de alcohol; la información presentada en estos dos últimos bloques fue obtenida a través de la entrevista estructurada.

Es importante mencionar que los análisis y comparaciones se realizarán utilizando frecuencias simples (estadística descriptiva) y que se utilizará la prueba de Pearson para obtener correlaciones.

A) En la tabla No. 1 se presentan algunas características socio-demográficas; como podrá notarse, las características son muy semejantes, sin embargo se observan mayores diferencias en características como sexo, estado civil, y ocupación aún cuando estas no alcanzan a ser estadísticamente significativas. En cuanto a la variable sexo en el grupo NT se observa únicamente 1 mujer (3%) mientras que en el grupo ST se presentan 5 (17%), además el grupo ST tuvo un mayor porcentaje de solteros (43%) con respecto al NT que sólo tuvo el (26%), así mismo observamos un mayor número de pacientes profesionistas en el grupo ST (37%), contra el (17%) del grupo NT. Un tercer punto que vale la pena resaltar es que del total de casados del grupo NT una persona reporta vivir en la actualidad con familiares y otro reporta vivir con una nueva pareja. En relación al nivel socio-económico es importante mencionar que existe un mayor porcentaje (30%) de personas con ingresos altos en el grupo NT en comparación al 17% del grupo ST.

	GRUPO ST		GRUPO NT	
EDAD	$\bar{X}=37.7$ Ds=9.9 Rango=18-57		$\bar{X}= 37.1$ Ds=9.5 Rango= 19-54	
AÑOS DE ESTUDIO	$\bar{X}= 14.7$ Ds= 3.8 Rango= 3-20		$\bar{X}= 13.7$ Ds= 3.7 Rango= 6-20	
SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	25	83%	29	97%
Femenino	5	17%	1	3%
ESTADO CIVIL				
Casado	16	53%	20	66%
Soltero	13	43%	8	26%
Separado	1	3%	2	7%
OCUPACIÓN				
Profesionista	11	37%	5	17%
Empleado federal	4	13%	6	20%
Oficio	1	3%	5	17%
Comerciante	3	10%	5	17%
Técnico	6	20%	3	10%
Vendedor de seguros	3	10%	3	10%
Estudiante	1	3%	2	7%
Ama de casa	1	3%	1	3%
EDO.SOCIOECONOMICO				
Bajo (9-20 mil anuales)	12	40%	14	47%
Medio (20-50 mil ")	10	33%	6	20%
Alto (+de 50 mil ")	5	17%	9	30%
Ningún ingreso	3	10%	1	3%

Tabla No.1: Muestra las características socio-demográficas de los grupos SN y NT al ingresar al Centro de Servicios Psicológicos Acazulco

Como parte del primer bloque en la tabla No. 2 se muestra la comparación de la situación laboral de ambos grupos y se incluyen los datos obtenidos en el seguimiento. En general, se puede decir que si existen diferencias sin embargo estas no son estadísticamente significativas. Al inicio el grupo ST presenta mayor estabilidad laboral ya que al sumar tiempo completo y medio tiempo se obtiene el 50% mientras que sólo el 36% de los sujetos del grupo NT están en dichas situaciones. Los resultados del seguimiento muestran cambios importantes en ambos grupos, estos cambios serán discutidos posteriormente.

SITUACIÓN LABORAL	GRUPO ST				GRUPO NT			
	Al inicio		Seg. 6 meses		Al inicio		Seg. 6 meses	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Tiempo completo	10	33%	15	50%	7	23%	11	37%
Medio tiempo	5	17%	2	7%	4	13%	9	30%
Independiente	6	20%	5	17%	12	40%	5	17%
Sin empleo	4	13%	2	7%	5	17%	2	7%
Estudiante	2	7%	3	10%	1	3%	0	0%
Jubilado	1	3%	1	3%	0	0%	0	0%
Hogar	2	7%	1	3%	1	3%	1	3%
Trabajo eventual	0	0%	1	3%	0	0%	1	3%

Tabla No.2: Muestra la situación laboral de los dos grupos al ingresar al Centro de Servicios Psicológicos Acazulco y a los seis meses de haber concluido el tratamiento (grupo ST) y a partir de haberlo abandonado (grupo NT).

B) En el segundo bloque la tabla 3 muestra las características relacionadas con la historia de consumo y se observa que los puntajes medios de años de consumo, años de beber excesivo y años de consumo problemático, son muy similares, aunque las medias de las tres variables son ligeramente más elevadas en el grupo que no terminó.

Es interesante observar que el 60% de los sujetos del grupo NT recibieron otro tratamiento mientras que sólo el 33% del grupo ST lo recibió, sin embargo dicha diferencia no es significativa estadísticamente.

	GRUPO ST				GRUPO NT			
Años de consumo	\bar{X} = 16.1 años				\bar{X} = 17.3 años			
	Ds= 9.2 años				Ds= 9.2 años			
	Rango= 0- 35 años				Rango= 2-40 años			
Años de beber en exceso	\bar{X} = 7.4 años				\bar{X} = 11.3 años			
	Ds= 7.3 años				Ds= 8.9 años			
	Rango= 0-25 años				Rango= 0-32 años			
Años de consumo problemático	\bar{X} = 7.4 años				\bar{X} = 8.6 años			
	Ds= 6.3 años				Ds= 6.7 años			
	Rango= 0-25 años				Rango= 1-30 años			
% de sujetos que recibieron otro tratamiento	Al Inicio		Seg. 6 meses		Al Inicio		Seg. 6 meses	
	F	%	F	%	F	%	F	%
	10	33%	5	17%	18	60%	9	30%

Tabla No. 3. Muestra las características referentes al tiempo de consumo de alcohol y el porcentaje de sujetos que recibieron otro tipo de tratamiento antes de ingresar al tratamiento de Autocontrol Dirigido y después de seis meses de haber concluido (grupo ST) y de haberlo abandonado (grupo NT).

C) En la tabla No.4 se muestra información relacionada con el tercer bloque que muestra el patrón de consumo de ambos grupos al inicio del tratamiento y a los seis meses de haber concluido o abandonado (grupo ST y grupo NT, respectivamente). Se puede observar una diferencia no significativa en la cantidad promedio consumida diariamente y en el número máximo de tragos consumidos por ocasión, puntajes que resultan ser mayores en el grupo NT ($\bar{X}=10.3$; $\bar{X}=20.3$) a diferencia del grupo ST ($\bar{X}=9.3$; $\bar{X}=18.4$).

El porcentaje de abstinencia también es mayor en el grupo NT (NT $\bar{X}=71.9\%$; ST $\bar{X}=69.4\%$), sin embargo al desglosar el porcentaje promedio de consumo los puntajes son superiores en consumos de + de 5 copas por ocasión (consumo excesivo y consumo muy excesivo) en el grupo NT; mientras que el consumo de 1 a 4 copas (moderado) es menor en el grupo NT.

Al observar los resultados del seguimiento las diferencias son más notables, pero no significativas estadísticamente, esto es, en el grupo ST la cantidad promedio consumida diariamente reduce de 9.3 a 5.5 tragos, mientras que el grupo NT sólo disminuye una copa.

Sin embargo se encuentra una diferencia que resulta estadísticamente significativa cuando se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson (\bar{X} Pearson= 2.86 , $p= .091$) al comparar el número máximo de tragos consumidos por ocasión ya que el grupo ST presenta una reducción de 9 copas mientras que el NT sólo reduce 5.

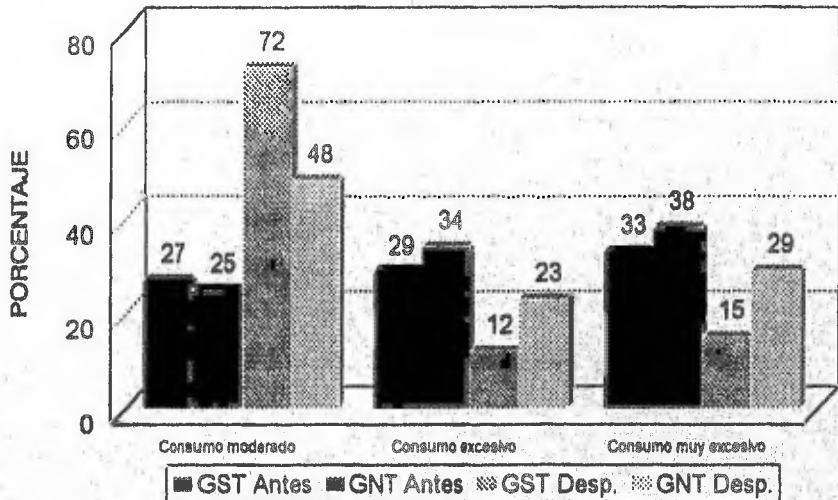
	GRUPO ST		GRUPO NT	
	Al inicio	Seg.6 meses	Al inicio	Seg.6 meses
Cant.prom.	\bar{X} = 9.3 tragos	\bar{X} = 5.5 tragos	\bar{X} =10.3 tragos	\bar{X} = 9.4 tragos
Consumida diariamente	Ds=4.3 tragos Rango= 0-19	Ds=3.9 tragos Rango=0-18	Ds=3.6 tragos Rango= 5-17	Ds=6.2Tragos Rango=3.5-30
Núm... max.de tragos cons. por ocasión	\bar{X} =18.4 tragos Ds=7.2 tragos Rango= 9-40	\bar{X} =9.0 tragos Ds=4.7 tragos Rango= 0 - 18	\bar{X} =20.3 tragos Ds=9.6 tragos Rango= 6-45	\bar{X} =15.4 tragos Ds=7.4 tragos Rango= 4 -36
% Prom.de tiemp de abst.	\bar{X} = 69.4%	\bar{X} = 82.6%	\bar{X} = 71.9%	\bar{X} = 79.5%
% Prom.de tiem de cons.	\bar{X} =30.6%	\bar{X} =17.4%	\bar{X} =28.1%	\bar{X} =20.5%
%Prom. tiemp, cons.moderado (1-4) copas	\bar{X} =8.2% *26.7%	\bar{X} =12,5% *71.8%	\bar{X} =6.9% *24.5%	\bar{X} =9.8% *47.8%
%Prom. tiemp. Cons.excesivo (5-10) copas	\bar{X} =9.0% *29.4%	\bar{X} =2.1% *12%	\bar{X} =9.6% *34.1%	\bar{X} =4.8% *23.4%
%Prom. tiemp. Cons.Muy exe. (+ de 10)	\bar{X} =10% *32.6%	\bar{X} =2.6% *14.9%	\bar{X} =10.7% *38%	\bar{X} =5.9% *28.7%

*Del tiempo total de consumo. Tabla No.4: Muestra el patrón de consumo de los grupo ST y NT en la entrevista inicial y el seguimiento.

Para facilitar la observación de las diferencias en cuanto a consumo moderado, consumo excesivo y consumo muy excesivo presentamos una gráfica (Ver gráfica 1) donde se compara la forma de consumo de ambos grupos antes y después del tratamiento. (* del tiempo total de consumo).

DISTRIBUCION DEL TIEMPO DE CONSUMO

Grupo ST y NT al inicio y al los 6 meses de haber concluido o abandonado el tratamiento



Gráfica 1: Muestra la distribución del tiempo total de consumo de ambos grupos antes y después de concluido o abandonado el tratamiento. (N=60)

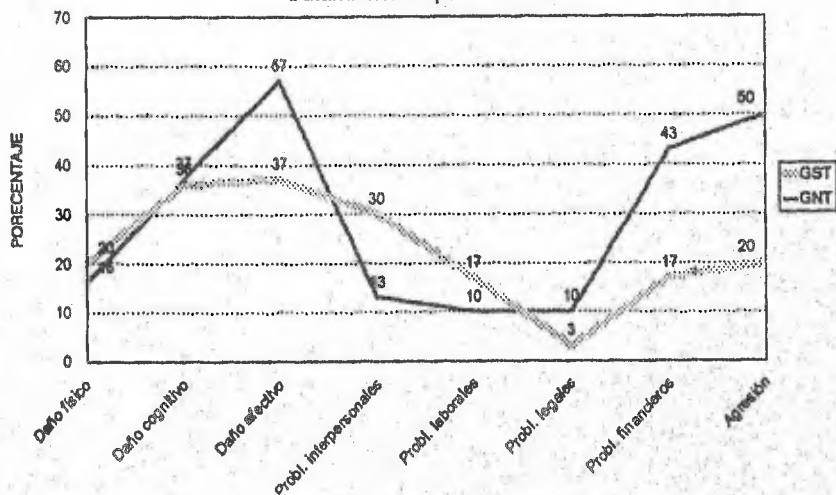
Como parte del tercer bloque presentamos la tabla 5 en donde se muestran el grado de dependencia medido a través de la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA), en esta se observa que mientras el grupo ST presenta una media de 16 puntos el grupo NT presenta una media de 19.8. Al dividir a los sujetos por grado de dependencia se observa que el 63.4% del grupo ST caen en el rango de dependencia baja a dependencia media a diferencia del grupo NT que el 90% caen en el rango de dependencia media a dependencia alta, sin embargo estas diferencias no son estadísticamente significativas. (Ver tabla 5)

	GRUPO ST		GRUPO NT	
	Al inicio	Seg.6 meses	Al inicio	Seg.6 meses
	\bar{X} = 16.0 Ds= 8.0 Rango= 0-29	No se obtuvieron	\bar{X} = 19.8 Ds= 7.6 Rango= 6-36	\bar{X} = 12.7 Ds= 8.0 Rango= 0-29
Dep.baja (1-9)	16.7%	*	10%	36.7%
Dependencia media(10-19)	46.7%	*	40%	43.3%
Dep.alta (20+)	36.6%	*	50%	19.8%

Tabla No.5. Muestra el tipo de dependencia de los dos grupos al inicio del tratamiento de Auto-Control dirigido y después de seis meses de que el grupo NT lo abandonó.

D) En el último bloque "consecuencias adversas al consumo de alcohol" se presenta gráficamente (ver gráfica 2) y se observan las consecuencias que reportan ambos grupos al inicio. En esta gráfica se puede observar en general que un mayor porcentaje de personas del grupo NT reportan tener daños asociados a su consumo de alcohol, no obstante ninguna de estas diferencias son significativas estadísticamente excepto en cuanto a problemas interpersonales.

CONSECUENCIAS ADVERSAS AL CONSUMO DE ALCOHOL Reportadas por el grupo ST y NT a los 6 meses de haber terminado o abandonado el tratamiento respectivamente

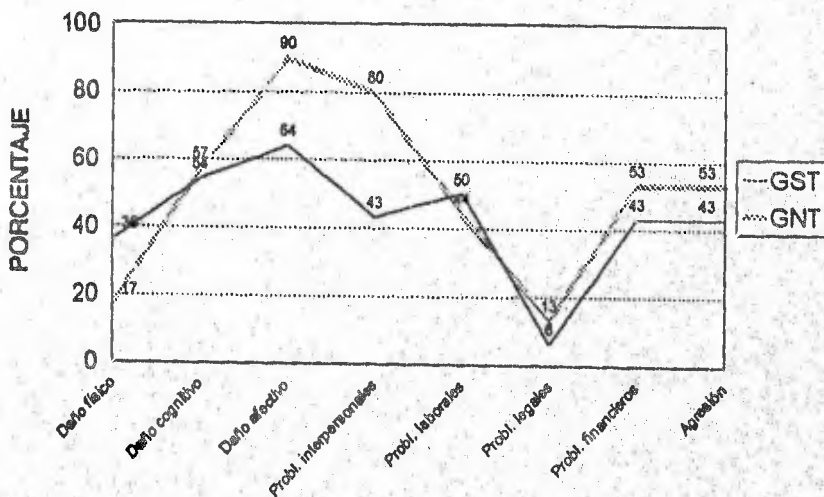


Gráfica 3: Muestra las consecuencias adversas al consumo de alcohol que reportaron los dos grupos (ST y NT) a los 6 meses (seguimiento) de haber terminado o abandonado el tratamiento respectivamente. (N=60)

En la gráfica 3 se observa las diferencias de los grupos en el seguimiento, no obstante resalta nuevamente que un porcentaje mayor del NT reporta tener daño cognitivo, daño afectivo, problemas legales, problemas financieros y uso de agresión a diferencia del grupo ST en el cual los puntajes son menores (sin significancia estadística). Ahora bien el grupo ST resulta tener mayor daño en variables como daño físico, problemas interpersonales, y problemas laborales.

CONSECUENCIAS ADVERSAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

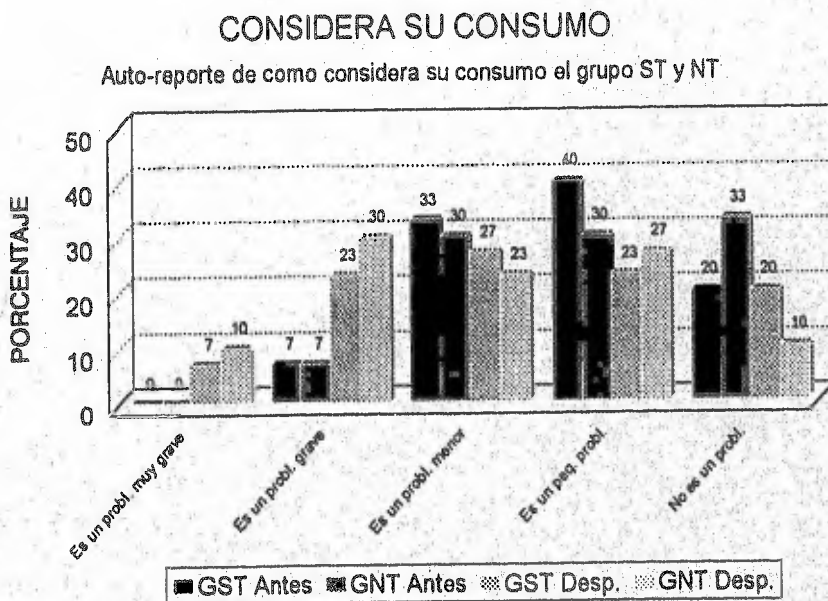
Reportadas al inicio del tratamiento por el grupo ST y NT



Gráfica 2: Muestra las consecuencias adversas que reportaron los grupos (ST y NT) antes de iniciar el tratamiento. (N=60)

Por último presentaremos información que a consideración nuestra resulta ser importante aún cuando son auto-reportes que los sujetos hicieron respecto a como Considera su consumo (ver gráfica 4) y Calidad de vida (ver gráfica 5).

En la gráfica 4 se observa que al inicio del tratamiento el grupo ST tiende a considerar que su consumo es un pequeño problema a diferencia del grupo NT que considera que su consumo no es un problema; los resultados de la segunda evaluación realizada a los 6 meses de terminado o abandonado el tratamiento se observa que un mayor porcentaje del grupo ST no considera un problema su consumo a diferencia del grupo NT.

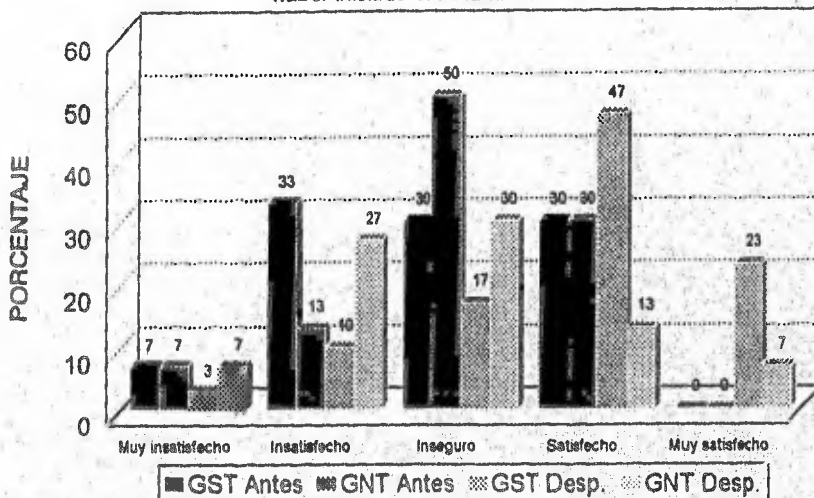


Gráfica 4: Muestra como describe su consumo antes y después de haber terminado o abandonado el tratamiento el grupo ST y NT respectivamente (N=60)

En la gráfica 5 "Calidad de vida" se observa que al inicio del tratamiento el grupo ST tiende a estar insatisfecho de su calidad de vida mientras que el grupo NT tiende a estar inseguro, sin embargo los datos se modifican en el auto-reporte realizado a los 6 meses pues se observa que el grupo ST en general se encuentra más satisfecho de su calidad de vida en contraste al grupo NT el cual presenta porcentajes más altos en la insatisfacción con su calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA

Que tan satisfechos están de su calidad de vida los grupos ST y NT antes y a los 6 meses de haber iniciado el tratamiento



Gráfica 5: Muestra el auto-reporte de los grupos ST y NT respecto a la calidad de vida antes y a los 6 meses de haber concluido o abandonado el tratamiento. (N=60)

PARTE II.

En esta parte se presenta la información concerniente al grupo RE (Remisor espontáneo; n=6) y al grupo NT (no terminó; n=24) de los cuales ya se habló al principio de este capítulo. Es importante señalar que el análisis de estos grupos se llevará a cabo de la misma manera que en la parte I, es decir, se abarcarán cuatro bloques :

- A) Características socio-demográficas
- B) Historia de consumo y de tratamiento
- C) Patrón de consumo y
- D) Consecuencias adversas al consumo de alcohol.

A través de estos bloques se compararán los datos obtenidos del grupo RE y el grupo NT en el momento en que acudieron a buscar ayuda al Centro de Servicios Psicológicos Acapulco para Bebedores Problema.

A) En el primer bloque "características socio-demográficas" se puede observar en la tabla 6 que el NT está conformado en promedio por personas con menor edad (\bar{X} =38 años) a diferencia del grupo RE que reporta más años cumplidos (\bar{X} =40 años).

	Grupo NT	Grupo RE
Edad	\bar{X} = 36.3 años D= 9.9 Rango=19-52	\bar{X} = 40 años D= 14.4 Rango= 30-54
Años de estudio	\bar{X} =13.6 años D= 3.7 Rango= 6-20	\bar{X} = 13.8 años D= 3.8 Rango= 9-17

Tabla No. 6: Muestra las características socio-económicas del grupo NT y el grupo RE en el momento en que buscaron ayuda en el Centro de Servicios Psicológicos Acapulco (entrevista inicial (n=24 y n=6) respectivamente.

Como parte de este primer bloque se presenta en la Tabla No.7 la historia laboral de ambos grupos; en esta se puede observar diferencias que vale la pena comentar; por ejemplo: mientras que el 50% del grupo RE trabaja por su cuenta sólo el 37% del grupo NT reporta esta situación, la diferencia se acentúa más al comparar al grupo RE antes y después (seg.). Pues este reporta una mayor estabilidad laboral a los seis meses de haber abandonado el tratamiento; esta situación será discutida mas adelante.

Situación Laboral	Grupo NT		Grupo RE			
	F	%	Antes			
			Seguimiento			
Tiempo completo	5	21%	F	%	F	%
Medio tiempo	4	17%	2	33%	3	50%
Independiente	9	37%			3	50%
Sin empleo	4	17%	3	50%		
Estudiante	1	4%				
Hogar	1	4%				
Trabajo ocasional			1	17%		

Tabla No. 7: Muestra la situación laboral de los grupos NT(No Terminó; n=24 y RE Reembar; n=6) en el momento en que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos Acasulco para Babedores Problema.

B) En cuanto a la historia de consumo y de tratamiento se pueden observar en la siguiente tabla diferencias muy acentuadas en años de consumo, años de beber en exceso y años de consumo problemático, aún cuando estas diferencias no son estadísticamente significativas resulta de interés observar que el grupo RE reporta en general más años consumiendo (una media mayor en dichas variables; \bar{X} = 22; X = 14; \bar{X} = 11) a diferencia del grupo NT que reporta medias menores para dichas variables \bar{X} = 16; \bar{X} = 11; \bar{X} = 8 respectivamente.

	Grupo NT		Grupo RE	
Años de consumo	\bar{X} = 16.3 años Ds= 9.1 Rango= 2-40		\bar{X} = 22.4 años Ds= 8.7 Rango= 15-32	
Años de beber en exceso	\bar{X} = 10.7 años Ds= 7.0 Rango= 0-30		\bar{X} = 14.0 años Ds= 14.8 Rango= 1-32	
Años de consumo problemático	\bar{X} = 7.8 años Ds= 5.1 Rango= 1-20		\bar{X} = 11.5 años Ds= 11.5 Rango= 1-30	
% de sujetos que recibieron antes otro tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	16	63%	6	100%

Tabla No. 8: Muestra la historia de consumo y de tratamiento de ambos grupos (NT y RE) antes de que ingresaran al Programa de Bebedores Problema Acazulco. (n=24 y n=6 respectivamente)

C) En la tabla 9 se observa que el patrón de consumo del grupo NT y el grupo RE; destacando en ésta que existen marcadas diferencias; esto es, en cuanto a número máximo de tragos consumidos por ocasión el grupo RE tiene una $\bar{X}= 17$ y el grupo NT una $\bar{X}= 21$, es decir, 4 copas de diferencia. También se puede ver que el porcentaje de tiempo de abstinencia es mayor en el grupo RE ($\bar{X}=83\%$) que el grupo NT ($\bar{X}=69\%$). Existe también una diferencia en cuanto al porcentaje de tiempo de consumo moderado el cual es mayor en el grupo NT ($\bar{X}= 8\%$) mientras que el grupo RE casi no presenta este tipo de consumo ($\bar{X}= .95\%$ del tiempo); en este mismo sentido resulta ser mayor el porcentaje de tiempo de consumo excesivo del grupo NT ($\bar{X}=13\%$) que del grupo RE ($\bar{X}= 3\%$).

	Grupo NT	Grupo RE
Cant.prom. Consumida diariamente	$\bar{X}= 10.5$ Ds= 3.6 tragos Rango= 4.8 - 17.4	$\bar{X}= 9.7$ Ds= 4.0 tragos Rango= 6-16.7
Núm.max.de tragos consum. por ocasión	$\bar{X}= 21.2$ Ds= 9.8 tragos Rango= 8-45	$\bar{X}= 16.8$ Ds= 8.8 tragos Rango= 6-30
% Prom.de tiempo de abstinencia	$\bar{X}= 69.0\%$	$\bar{X}= 83.4\%$
% Prom.de tiempo de consumo	$\bar{X}= 31\%$	$\bar{X}= 16.6\%$
%Prom.de tiem.de cons Moder(1-4 copas)	$\bar{X}= 8.4\%$	$\bar{X}= .95\%$
%Prom.detiem.de cons. Excesivo(5-10 copas)	$\bar{X}= 9.2\%$	$\bar{X}= 11.2\%$
%Prom.de tiem. cons. Muy Exces(+ de 10)	$\bar{X}= 12.6\%$	$\bar{X}= 3.2\%$

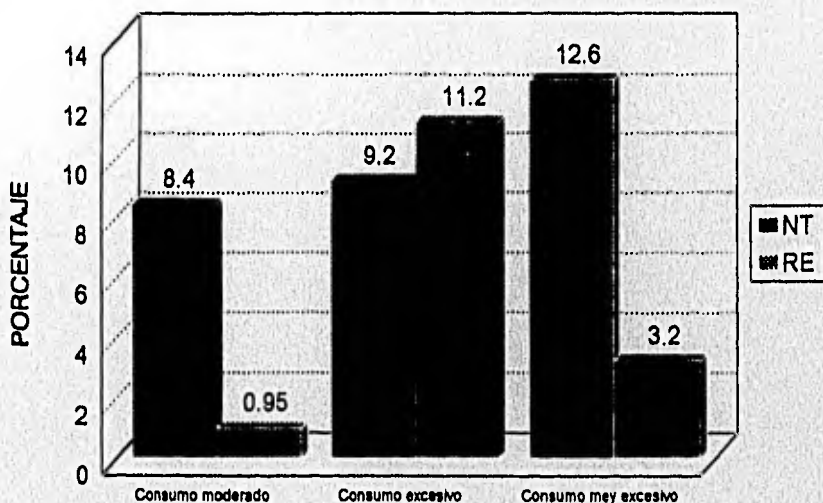
*Porcentaje del tiempo total de consumo

Tabla No 9: Muestra el patrón de consumo de grupo NT y el grupo RE en el momento en que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos para Bebedores Problema; datos obtenidos a través del LIBARE. (n= 24 y n=6 respectivamente).

Nuevamente para facilitar las diferencias en cuanto a consumo moderado, consumo excesivo y consumo muy excesivo presentamos una gráfica (gráfica 6) donde se compara la forma de consumo de ambos grupos antes de iniciar el tratamiento.

DISTRIBUCION DEL TIEMPO DE CONSUMO

Grupo NT (No termino) y RE (Remisor) de abandonar el tratamiento



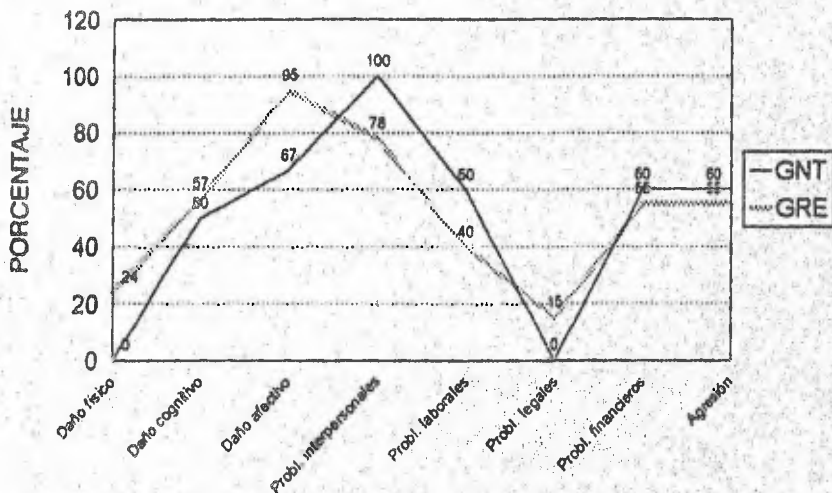
Gráfica 6: Muestra la distribución del tiempo total de consumo de ambos grupos (NT y RE) antes de abandonar el tratamiento. (n= 24 y n=6)

D) Por último como parte del cuarto bloque presentamos en la gráfica 7 la comparación de las consecuencias adversas al consumo de alcohol reportadas por el grupo NT y el grupo RE al inicio del tratamiento. En esta gráfica se observa que un porcentaje mayor del grupo NT reporta tener daños asociados al consumo de alcohol a diferencia del grupo RE a pesar de que ninguna de estas diferencias es estadísticamente significativas consideramos importante resaltar algunas de ellas, por ejemplo: mientras que el 24% del grupo NT reporta un daño físico ninguna persona del grupo RE reporta tener daños de este tipo; en este mismo sentido resulta mayor el porcentaje de personas con daños afectivo del grupo NT (95%) que del grupo RE (67%); lo mismo sucede en cuanto a problemas legales el 15% del grupo NT ha tenido este tipo de problemas mientras que ninguna persona del grupo RE los reporta.

En contraposición el 100% del grupo RE reportó problemas interpersonales a diferencia de sólo el 78% del grupo NT; lo mismo sucede en problemas laborales pues resulta tener más problemas de este tipo el grupo RE que el grupo NT.

CONSECUENCIAS ADVERSAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

Reportadas al inicio del tratamiento por el grupo NT y RE

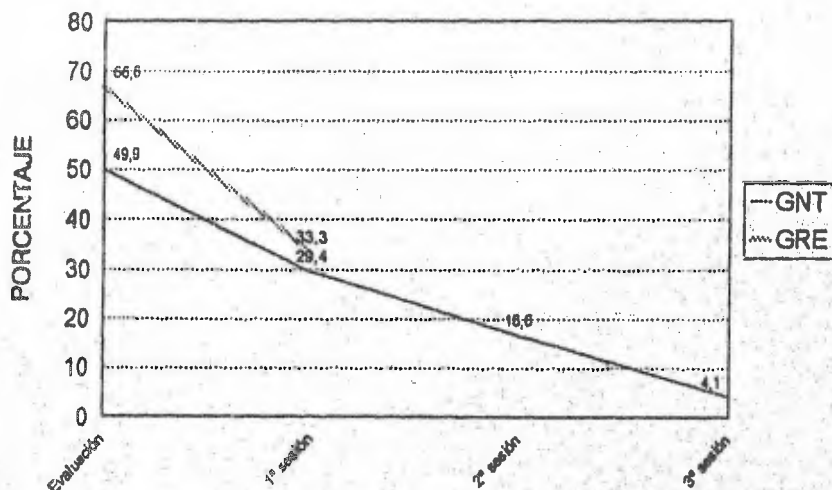


Gráfica 7: Muestra las consecuencias adversas que reportaron los grupos (NT y RE) antes de iniciar el tratamiento. (n= 24 y n=6 respectivamente)

Dentro de este bloque incluiremos información sobre la sesión en que abandonaron el tratamiento (ver gráfica 8) En esta se puede observar que mientras el grupo RE abandonó el tratamiento en su mayoría en la primera sesión, el grupo NT abandonó en su mayoría en la evaluación, es decir, ya no asistieron a la primera sesión en la que se les informa los resultados de su evaluación y que tiene por objetivo hacerles conocer o bien que identifiquen su patrón de consumo.

SESION EN LA QUE ABANDONO EL TRATAMIENTO

Tanto el grupo NT y RE

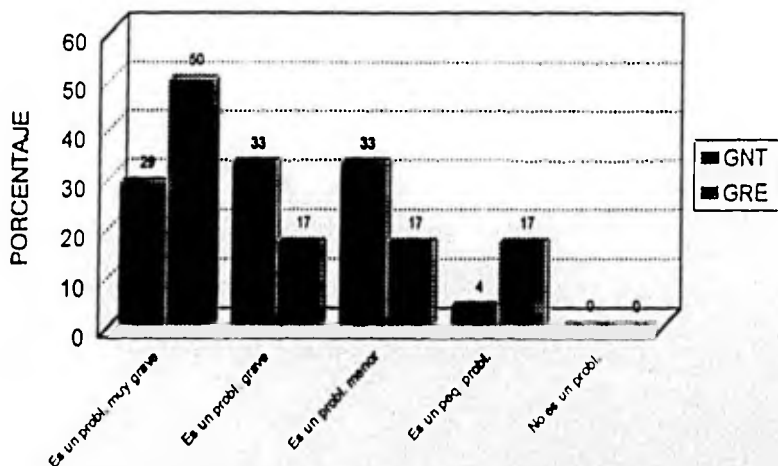


Gráfica 8: Muestra la sesión en la que el grupo NT y RE abandonaron el tratamiento. ($n= 24$ y $n=6$ respectivamente)

Por último presentamos los auto-reportes del grupo NT y RE en cuanto a cómo considera su consumo (gráfica 9) y que tan satisfecho están de su calidad de vida (gráfica 10). En la gráfica 9 se puede observar que el grupo RE tiende a considerar mas problemático su consumo a diferencia del NT; y por último en la gráfica 10 se observa que un mayor porcentaje del grupo RE se encuentra inseguro respecto a su calidad de vida, sin embargo tiende a la satisfacción a diferencia del grupo NT el cual tiende a la insatisfacción.

CONSIDERA SU CONSUMO

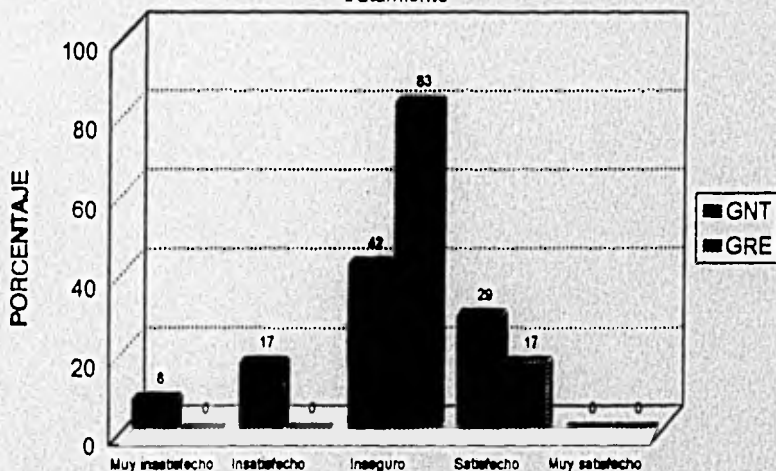
Auto-reporte de como considera su consumo el grupo NT y RE



Gráfica 9: Muestra como describe su consumo el grupo NT y RE antes de iniciar el tratamiento el grupo NT y RE respectivamente (n=24 y n=6)

CALIDAD DE VIDA

Que tan satisfechos estan de su calidad de vida los grupos NT y RE antes de iniciar el tratamiento



Gráfica 10: Muestra el auto-reporte de los grupos NT y RE respecto a la calidad de vida antes abandonar el tratamiento. (n=24 y n=6)

CONCLUSIONES

Debido a que la deserción representa una fuente de frustración y un mayor gasto para los tratamientos organizados por su porcentaje de ocurrencia (Baekeland y Lundwall; 1975 plantean que del 52% al 75% de pacientes externos desertaron antes de las 4 primeras sesiones) es la razón que nos llevó a implementar un sistema de seguimientos en aquellas personas que abandonan un tratamiento (NT), ya que un sistema organizado de seguimiento proporciona ganancias tanto para los pacientes como para los terapeutas, que difícilmente se lograrían de alguna otra manera, ya que estos pueden ayudar a descubrir aspectos del tratamiento que son particularmente efectivos proveyendo la retroalimentación necesaria para mejorar los resultados de las terapias, es decir, permite dar respuestas a preguntas clínicas tales como -¿Cuáles son los resultados de una aproximación en particular? - ¿Hay ciertos individuos que tienen más probabilidad de responder u otros a recaer en un tratamiento en particular? - ¿Qué tan perdurables son los resultados? etc. Así mismo, pueden ayudar a los pacientes a mantener la relación con el tratamiento; a documentar los beneficios que derivan del programa y descubrir programas más efectivos y eficientes.

En particular en este estudio se implementó un sistema de seguimiento con el objetivo de identificar las características de las personas que si terminaron el tratamiento (ST) y de las personas que no lo terminaron (NT) identificando a la vez los factores o elementos que los llevaron a desertar del tratamiento o bien que pudieran fortalecer la permanencia en el tratamiento; para así por un lado prevenir la deserción y/o identificar oportunamente a aquellas personas que tengan mayor probabilidad de desertar en este tipo de

tratamiento y puedan ser canalizadas a tratamientos o aproximaciones diferentes donde se eleve la probabilidad de adherencia terapéutica y sea de esta manera que el cliente obtenga el máximo beneficio del tratamiento. Por otro lado adaptar o corregir errores dentro del tratamiento para lograr una mayor eficacia del mismo.

Para lograr esto se realizó un estudio comparativo de las características de dos grupos; uno que si terminó el tratamiento de auto-control dirigido a bebedores problema (ST) y otro que lo abandonó (NT); la comparación se realizó antes y después de terminar o abandonar el tratamiento, es importante mencionar que debido al tamaño de las muestras (ambas muestras estuvieron integradas por 30 personas cada una -N=60-) es probable que muchas de las diferencias encontradas entre ambos grupos resultaron estadísticamente no significativas; por lo que sugiere que se realicen futuros trabajos con muestras más grandes con el fin de que las diferencias se vean más acentuadas de tal manera que se logre la significancia estadística. En el presente estudio se corroboran los resultados obtenidos por Baekeland y Lundwall (1975) y otros estudios recientes donde se ha encontrado que más del 50% de las deserciones ocurren en las primeras fases del tratamiento; en este caso se obtuvo que el 53.3% de total del grupo NT abandonó el tratamiento en la fase de evaluación y el 29.7% lo hizo en la primera sesión; es decir, la deserción ocurrió antes de llegar a la mitad del tratamiento.

En el intento de identificar las características socio-demográficas de los desertores se han realizado innumerables estudios, los cuales en algunos casos se ven corroborados o contradichos con los resultados obtenidos a través de la presente investigación; en cuanto a edad investigadores como Szapocznik y Ladner (1977) concluyeron que los pacientes de mayor edad son más

propensos a mantenerse en el tratamiento, mientras que otros estudios (Babst, Chambers, & Warner, 1971) demostraron resultados contrarios, sin embargo en el presente estudio la edad de los usuarios no resultó ser un factor importante respecto a la adherencia al tratamiento; ahora bien, en cuanto a el estado civil a diferencia de los resultados obtenidos por Joe et al. 1985 quienes encontraron que los pacientes jóvenes y solteros tienen niveles más altos de deserción debido a que cuando una persona no tiene ningún compromiso de pareja o familia, tiende a ser más inestable; en el presente estudio se observó que el grupo ST estuvo constituido en un 43% por solteros en contraste con el grupo NT del cual sólo el 27% era soltero, además es importante mencionar que al observar los daños reportados por personas solteras, exclusivamente de ambos grupos se encontró en general que el grupo ST reportó más consecuencias adversas al consumo de alcohol, es decir, pareciera que el ser soltero aunado a las consecuencias adversas apoyaran la adherencia terapéutica.

Por otro lado los resultados del estudio realizado por Bækeland y Lundwall (1975) donde determinan que los pacientes que no tienen una estabilidad ocupacional están más propensos a desertar; se ven corroborados con esta investigación donde el grupo NT estuvo constituido en un 57% por personas que no tienen una estabilidad laboral (independiente y sin empleo) a diferencia del 33% del grupo ST.

Otros estudios han demostrado que el matrimonio está asociado a niveles más altos en la retención, contrariamente a lo reportado por Locke & Wallace, (1959) en el presente estudio no se encontró diferencias que pudieran sugerir que los casados tengan una mayor adherencia terapéutica; en este mismo sentido algunas investigaciones no han reportado relación

alguna entre estas variables (Rees et al., 1984). Sin embargo se ha pensado que en los casos en que el esposo(a) está asociado al nivel de retención es porque la pareja sirve de apoyo para el tratamiento (apoyo social); pues se ha observado que los desertores manifiestan una necesidad mas fuerte de atención y de apoyo pues tienen sentimientos de aislamiento mas profundos (Cummins, 1977), esto último es confirmado con los reportes que el grupo NT hace respecto a "Consecuencias adversas al consumo de alcohol" en las cuales se observa que un mayor porcentaje del grupo NT a diferencia del ST reportan daños afectivos y problemas interpersonales. En este mismo sentido Bekman y Bardsley (1986) notaron que el apoyo social se relacionaba con la deserción del tratamiento con mayor frecuencia en los hombres no siendo así para las mujeres; de la misma manera se observó en el presente estudio que el grupo ST estuvo integrado en un 17% por mujeres a diferencia del grupo NT donde sólo una mujer desertó.

Al igual que los resultados reportados por Garfield (1986) se observa que el estatus socio-económico (nivel educativo, sueldo que percibe -ingresos- y estatus ocupacional) es un factor que esta relacionado con la deserción; (a menor clase social mayor probabilidad de deserción); esto es; se encontró que efectivamente el grupo ST tiene un mayor grado de estudios, un mayor estatus ocupacional (ST= 37%; NT= 17% profesionistas) y un menor porcentaje de este mismo grupo tiene ingresos bajos.

Elliot, Huizinga, & Ageton (1985) sugieren que otro factor que influye en la deserción son las relaciones del cliente con su comunidad, sin embargo muy pocas investigaciones han tomado en cuenta la satisfacción del cliente con su estatus social, este aspecto fue evaluado en el presente trabajo como "Calidad

de vida" observándose que efectivamente el grupo NT está inseguro mientras que el grupo ST está más insatisfecho de su estatus social; se podría decir entonces que a mayor insatisfacción en la calidad de vida mayor será la probabilidad de adherencia al tratamiento.

Por otra parte se observa que el grupo NT reporta un patrón de consumo mas severo, es decir, mayor número de años de consumo, de años de consumo problemático, de consumo excesivo, mayor dependencia al alcohol, mayor porcentaje de consumo excesivo, mayor porcentaje de consumo muy excesivo, y más número de tragos estándar consumidos por ocasión a diferencia del grupo ST, lo cual se contrapone con el auto-reporte respecto a cómo "considera su consumo" ya que este nos indica que el grupo NT tiene una percepción sobre su problema de alcohol menor al del grupo ST pues este tiende a considerar mas grave su problema; debido a que las consecuencias adversas al consumo excesivo no se han manifestado con la misma intensidad que las experimentadas por el grupo ST; esto es, reportó mayor daño físico y problemas laborales las cuales pudiera pensarse que son variables que pudieran ejercer un mayor impacto sobre la adherencia al tratamiento.

Otro aspecto que influye en la deserción son las discrepancias en las expectativas del cliente acerca del tratamiento el 26.6% del grupo NT reportó como causa de abandono el método ("No era lo que esperaba"); resultados muy parecidos fueron reportados por Garfield, 1986; Zweben & Li, 1981.

En el intento por identificar los factores causantes o que influyen en la deserción se observó que algunas personas reportaron como motivo de abandono la "mejoría" en su problema de consumo de alcohol (6.7%) cuyos

resultados también fueron reportados en otros estudios realizados por Craig, 1985; Leigh et al, 1984; Nirenberg, Sobell y Sobell, 1988; Pekarik y Finney-Owen, 1987, es así, que surgió el interés y preocupación por las consecuencias que de esta se pudieran dar.

Cuando se da la deserción en cualquier tipo de tratamiento, en particular de alcohol, una de las preguntas que suelen hacerse los terapeutas; es el qué consecuencias podría tener el cliente al no haber concluido el tratamiento, en relación a su problema de consumo de alcohol, ¿habrá mejorado, empeorado o se habrá mantenido igual?

Numerosos estudios han demostrado que la mejoría o la total recuperación de los problemas de alcohol (recuperación espontánea) de pacientes que no concluyeron un tratamiento formal es un fenómeno muy común (se estima que la proporción de remitores espontáneos y remitores con tratamiento es de 3 a 1) es por esta razón que consideramos que un mejor entendimiento del proceso de Recuperación Espontánea podría conducir al desarrollo de tratamientos más efectivos pues el campo del alcoholismo los requiere urgentemente. Este trabajo nos permitió obtener no sólo las características que reportaron los grupos al inicio del tratamiento, sino que además, fue posible contactarlos de manera individual, sistematizada y estructurada; permitiéndonos así, una retroalimentación de información que nos llevó a identificar los motivos de abandono del tratamiento como a su vez el conocer el curso de su problema de su consumo de alcohol.

En relación al curso que siguió el problema de consumo de alcohol del grupo NT se obtuvieron resultados interesantes que son apoyados por la literatura que afirma que no por el hecho de desertar signifique que se va a

empeorar sino que; pese a las sesiones de tratamiento recibidas existe un número importante de pacientes que se recuperan de su problema de consumo de alcohol sin haber recibido un tratamiento o bien sin haber concluido un tratamiento formal. Los resultados de la presente investigación reportaron que de un total de 30 sujetos que integraron el grupo NT; el 80% reportaron una mejoría en su problema de consumo de alcohol, el 13% reportó mantenerse igual, y el 7% haber empeorado. Ahora bien de las 24 personas que mejoraron 8 lograron la recuperación total (abstinencia), de los cuales 6 lo lograron sin haber recibido un tratamiento formal (Remisores); resultados muy semejantes fueron obtenidos en un reciente estudio canadiense realizado por Sobell y Sobell, 1991.

A continuación expondremos lo que consideramos pueden ser características que identifiquen a aquellas personas que están propensas a lograr una recuperación aún sin recibir o concluir un tratamiento formal. Para lo cual se realizará una comparación de las características del grupo RE (n=6) con el resto del grupo NT(n=24) antes de iniciar el tratamiento en el Centro de Servicios Psicológicos Acasulco.

Una pregunta que surge en el estudio de la Recuperación espontánea es si esta ocurre con la misma frecuencia en todas las edades o quizá implica un proceso de maduración (Associated with transition to adulthood, see, e.g., Zinberg & Jacobson, 1976). Fillmore (1988) sugiere que la recuperación de los problemas de alcohol ocurre más frecuentemente en la juventud que en edades adultas, sin embargo en la presente investigación el grupo remitir (RE) reportó tener mayor edad.

El grupo RE reportó una mayor edad; mayor inestabilidad laboral, y en general una historia de consumo mas larga (mas años de consumo, de beber en exceso, y de consumo problemático); en cuanto a patrón de consumo el grupo NT reportó una mayor severidad, es decir el grupo RE reportó menor número de tragos consumidos por ocasión; mayor tiempo de abstinencia y menor porcentaje de tiempo de consumo muy excesivo, sin embargo, algo que resaltó es que el grupo RE tiene un consumo moderado casi nulo (.95% del tiempo total de consumo) siendo mayor su consumo excesivo; en cuanto a consecuencias adversas al consumo de alcohol un porcentaje mayor de este grupo presentó daño físico, daño afectivo, en tanto que el grupo NT reportó mas problemas interpersonales y problemas laborales a diferencia del grupo RE. En cuanto a los elementos o factores que pudieran motivar y mantener el cambio coincidimos con otros estudio en que la Recuperación Espontanea probablemente no se deba a un cambio en un área especifica del sujeto, sino mas bien sea una consecuencia de cambios en la salud, trabajo, matrimonio, o el estatus social, esto es, la acumulación u ocurrencia de eventos en la vida de los alcohólicos, provee de los prerequisites necesarios para que se de la auto-remisión.

Ahora bien el intentar dar un perfil seguro del desertor y del que se recupera espontáneamente es una tarea que requiere realizar trabajos con poblaciones más grandes de las utilizadas en el presente estudio, las cuales permitan obtener datos significativamente estadísticos de las características (variables) que en el presente estudio se detectaron o bien requiere de realizar comparaciones de los datos aquí obtenidos con otras modalidades de tratamiento con la finalidad de identificar durante la entrevista de evaluación inicial a aquellas personas que tengan mayor probabilidad de terminar el tratamiento, así mismo identificar en este primer momento a las personas que

tengan probabilidad de una remisión espontánea y a estas personas adaptar el tratamiento a sesiones breves pero intensivas a través de las cuales se le proporcione las herramientas que le permitan lograr su cambio. También sería importante identificar a aquellas personas que son potencialmente desertoras en este tipo de tratamiento con el fin de buscar la forma de adaptar y/o sugerirles otro tipo de tratamiento para que logren solucionar su problema de consumo de alcohol.

Por último nos gustaría sugerir ciertas modificaciones al tratamiento que representaron una queja generalizada por parte de los usuarios entrevistados del grupo que no terminó (NT):

- Modificar el tratamiento de tal forma que se reduzca a un mínimo el hacer esperar a los usuarios o cancelarles su sesión a no ser que sea por petición de ellos mismos.

- Evitar interrupciones una vez comenzada la sesión, es decir, evitar mostrar desorganización por parte del servicio.

- Mejorar la presentación de las instalaciones.

- Una queja generalizada en un mayor grado que las anteriores fue la imposibilidad de comentar ampliamente con el terapeuta (en particular en la sesión de admisión) sobre su problemática ya que el programa incluye la aplicación de una gran cantidad de instrumentos; lo que hace pensar que quizá el usuario requiera de un tiempo que le permita manifestar sus expectativas en relación al tratamiento permitiéndole al terapeuta abordar su problema y así lograr su permanencia en el tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

Alcoholics Anonymous (1976). **Alcoholics Anonymous: The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism** (3rd ed.) New York: Alcoholics Anonymous World Services.

Alcoholic Anonimous World Service. **Esto es alcohólicos anónimos.** In, New York, 1970.

ANANT, S.S on the treatment of alcoholics by a verbal aversion technique. *Canadian Journal of Psychology*, Vol. 8, pp. 19-22.. (1967). A note

ARMOUR, D. J. & MESHKOF, J. E. (1983). **Remission among treated and untreated alcoholisc.** In : Mello, New York (Ed.) *Advances in Substances Abuse: Behavioral and Biological Research*, Vol. 3, Greenwich, Conn: JAI Press., pp. 239-269.

ARMSTRONG, J. D. & KERR, E. T. (1956). **A new proyective drug in the treatment of alcoholism.** *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 74, pp. 795-797.

ASHEM, BEATRICE & DONNER, LAWRENCE (1968). **Covert sensibilation with alcoholics: A controlled replication.** *Behavioral Research & Therapy*, Vol. 6, pp. 7-12

Ayala H. Y Gutierrez, M CONADIC INFORMA "Una revision de programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol". Marzo-Abril 1993. Número: 3, pp. 3-10.

BABOR, T.F., FITSON, E.B., & HODGSON, R.J. (1986). Alcohol-related problems in the primary health care setting: A review of early intervention strategies. *British Journal of Adiccion*, Vol. 81, pp. 23-46.

BABST, D. V., CHAMBERS, C D. & WARNER, A (1971). Patient characteristics associated with retention in a methadone maintenance program. *British Journal of the Additions*, Vol. 66, 195-204.

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

BAEKELAND, F.L., LUNDWALL, L. AND KISSIN, B. (1975). Methods for the treatment of chronic alcoholism: A critical appraisal. In: Gibbins, R.J., Israel, Y., Kalant, H., Popham, R.E., Schmidt, N., and Smart, R.G. *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*. Vol.2, New York: Wiley.

BANDURA, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Binehart & Winston.

BARTHOLOMEW, A.A. & GUILLE, L.A. (1961). A controlled evaluation of Librium in the treatment of alcoholics. *Medical Journal of Australia*, Vol. 2, pp. 578-581.

BECKER, H. S. (1963). **OUTSIDERS**. New York: Free Press. BLAKE, B. (1965). **The application of behaviour therapy to the treatment of alcoholism**. In *Behaviour Research & Therapy*, Vol. 3, pp. 78-85.

BLAKE, B. (1967). **A follow-up of alcoholics treated by behaviour therapy**. In *Behaviour Research & Therapy*, Vol. 5, pp. 89-94.

BECK, N.C., SHEKIM, M.D., FRAPS, C., BORGMEYER, A., & WHITT, A. (1983). **Prediction of discharges against medical advise from a drug and alcohol misuse treatment program**. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 1, pp. 171-180.

BECKMAN, L. J., & BARDSLEY, P. E. (1986). **Individual characteristics, gender differences, and dropout from alcoholism treatment**. *Alcohol & Alcoholism*, Vol. 21, pp. 213-224.

BELL, R.G. (1956). **Clinical trial of citrated calcium carbimide**. *Canadian Medical Association Journal*, Vol.74, pp. 797-798.

BEUTLER, L.E., CRAGO, M., & ARIZMENDI, T.G. (1986). **Therapist variables in psychotherapy process and outcome**. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.; pp.257-310). New York: Wiley.

BROWN, S. A., GOLDMAN, M.S., INN, A., & ANDERSON, L.R. (1980). **Expectation of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 48, pp. 418-425.

CAUDILL, B. D., & MARLATT, G. A. (1975). **Modeling influences in social drinking: An experimental analogue.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 48, pp. 418-425.

CAUTELA, JOSEPH R. (1966). **Treatment of compulsive behaviour by covert sensitization.** In: *The Psychological Record*, Vol: 16 pp. 33-41.

CLANCY, J., VANDERHOFF, E. & CAMPBELL, P. (1967). **Evaluation of an aversive technique as a treatment of alcoholism: Controlled trial with succinylcholine-induced apnea.** In: *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. Vo. 28, pp. 476-485.

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

CAHALAN, D., CISIN, I. H., & CROSSLEY, H.M. (1969). **American drinking practices.** New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

CAHALAN, D., & ROOM, R. (1974). **Problem drinking among American men.** New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

CALVO, R. (1984). **Capítulo 13: Conductas adictivas.** En: *Manual de Modificación de Conducta*. Ed. Mayor j., Labrador FN. Alhambra Universidad. España. Pp. 453-473.

CHAPMAN, R. F., BURT, D. W. Y SMITH, J. W. (1972). **Electrical aversion conditioning to alcohol: Individual measurement.** Paper Presented at the Western Psychological Association. Portland, Oregon, April.

CHARNOFF, S. M., KISSIN, B. & READ, J. I. (1963). **An evaluation of various Psychotherapeutic agent in the long-term treatment of chronic alcoholism. Results of a double-blind study.** *American Journal of Medical Sciences*, Vol. 246, pp. 172-179.

CRAIG, R. J. (1985). **Reducing the treatment dropout rate in drug abuse programs.** *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 2, pp. 209-219.

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

CUMMINGS, R. G. (1977). **A three-year study of a VA inpatient alcoholic treatment using demographic and psychological data.** *Rehabilitation Literature*, 38(5), pp. 153-156.

CZARNECKI, M.D., PH. D., (1994). **Identifying Clients at Risk for treatment Dropout.** *Research Institute on Addictions: Septiembre*. 1021 Main Street, Bufalo, New York.

EDWARDS, G. & GUTHRIE, S. (1967). **A controlled trail of inpatient out-patient treatment of alcohol dependency.** *Lancet*, 1(1): pp.555-559.

EDWARDS, G.; ORFORD, J.; EGERT, S.; GUTHRIE, S.; HAWKER, A.; HENSMAN, C.; MITCHESON, M.; OPPENHEIMER, E.; & TAYLOR, C. (1977). **Alcoholism: A controlled trial of "treatment" and "advice".** *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 38, pp. 1004-10031.

ELLIOT, D. S., HUIZINGA, D., AGETON, S. S. (1985). **Explaining delinquency and drug use**. Beverley Hills: Sage.

EMRICK, C.D. (1975). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. *Journal of Studies on Alcohol*. Vo. 36, pp. 88-108.

FARRAR, C. H., POWELL, B. J., & HARTIN, L. (1968). Punishment of alcohol consumption by apnelc paralysis. In: *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 6, pp. 13-16.

FEIGELMAN, W. (1987). Day-care treatment for multiple- drug-abusing adolescents: Social factors linked with completing treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19(4), pp.335-343.

FILLMORE, K. M., & MIDANIK, L. (1984). **Chronicity of drinking problems among men: A longitudinal study**. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 45, pp. 228-236.

FILLMORE, K.M. (1988). **Alcohol use across the life course: A critical review of 70 years of international longitudinal research**. Toronto, Ontario: Addiction Research Fundation.

FINNEY, J., MOOS, R., & CHAN, D. (1981). **Length of stay and program component effects in the treatment of alcoholism: A comparison of two techniques for process analysis**, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 120-131.

GALINDO, A.V. Y SALINAS, M.E. (1995). **Bebedores problema en México: Propuesta de intervención adicional para el programa de Auto-control Dirigido.** Tesis para obtener el título de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

GALLANT, D.M.; BISHOP, M.P.; CAMP, E. & TISDALE, C. (1968). **A six month controlled evaluation of metronidazole (Flagyl) in chronic alcoholic patient.**

GARFIELD, S. L. (1986). **Research on client variables in psychotherapy.** In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp.213-256. New York: Wiley.

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

GOLDSTEIN, A.P. & STEIN, N. (1976). **Prescriptive psychotherapies.** New York: Pergamon.

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

HALLAM, R. & RACHMAN, S. **Theoretical problems in aversion therapy.** In *behavior Research and Therapy*, Vol.10, pp. 341-353.

HAMBURG, S.R.; MILLER, W.R. & ROZYNKO, V. (1977). **Understanding alcoholism and problem drinking**. Half Moon Bay, Calif.: Social Change Associates.

HEATHER, N. & ROBERTSON, I. (1983). **Controlled Drinking**. Controlled Drinking, 2nd. Ed. New York: Mathen.

HESTER, R.K. & MILLER, W.R. (1989). **Cap. 1: Treating Alcohol Problems Toward An Informed Eclecticism**. Handbook of alcoholism Treatment Approaches Effective Alternatives. Pergamon General Psychology Series. pp. 3-13

HESTER, R.K. & MILLER, W.R. (1989). **Cap. 5 Follow-up Assessments**. Handbook of alcoholism Treatment Approaches Effective Alternatives. Pergamon General Psychology Series. Pp. 81-92

HILL, S.Y. (1985). **The disease concept of alcoholism: A review**. Drug and Alcohol Dependence, Vol. 16, pp.193-214.

HUNT, G.H. & AZRIN, N.H.(1973). **The community-reinforcement approach to alcoholism**. Behaviour Research and Therapy, Vol. 11, pp. 91-104.

INSTITUTE OF MEDICINE. (1990). **Broadening the base of treatment for alcohol problems**. Washington, D.C.: National Academy Press.

JOE, G.W., & SIMPSON, D.D. (1975). **Retention in treatment of drug users: 1971-1972 DARP admissions**. American Journal of Drugs and alcohol Abuse., Vol. 2, pp. 63-71.

KANTOROVICH, N.V. (1929). **An attempt at associative reflex therapy in alcoholism.** In *Novoye & Reflekologo II Fisiologii Neronoy Sistemy*, Vo. 3, pp.346.

KAZDIN, A.R. (1980). **Research design in clinical psychology.** New York: Harper & Row.

KAZDIN, A.R. & WILSON, G.T. (1978). **Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence and Research Strategies.** Cambridge, MA: Ballinger.

KLINE, S.A. & KINGSTONE, E. (1977). **Disulfiram Implants: the right treatment but the wrong drug?** *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 116, pp. 1382-1383.

KLINE, N.S.; WREN, J.C.; COPPER, T.B.; VARGAS, E. & CANAL, O. (1974). **Evaluation of lithium therapy in chronic alcoholism.** *American Journal of Medical Sciences*, Vol. 268, pp. 15-22.

KLINGEMANN, H.K.H. (1991). **The motivation for change from problem alcohol and heroin use.** *British Journal of Addiction*, Vol. 86, pp. 727-744.

LOCKE, H.J. & WALLACE, K.M. (1959). **Short marital-adjustment prediction test: Their reliability and validity.** *Marriage and family Living*, Vol. 21, pp.251-255.

LOPEZ, M.A.(1985). **La triada ecologica.** Publicaciones del C.C.H. Vallejo. Universidad Nacional Autonoma de México.

LOVIBOND, S.H. & CADDY, G. (1970). **Discriminated aversive control in the moderation of alcoholics drinking behavior.** Behavior Therapy, Vol. 1, pp.437-444.

LOWENSTAM, I. (1967). **The effects of mesoridazine: a new thioridazine derivative in alcoholics: a preliminary study.** Journal of Clinical Pharmacology, Vol. 7, pp.11-15.

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

LYERLY, S.B., ROSS, S.; KRUGMAN, A.D. & CLYDE, D.J. (1964). **Drugs and placebo.** Journal of Abnormal and Social Psychology, Vol. 68, pp.321-327.

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

MACCULLOCH, M.J.; FELOMAN, M.P.; ORFORD, J.F. & MACCULLOCH, M.L. (1966). **Anticipatory avoidance learning in the treatment of alcoholism: A record of therapeutic failure.** In. Behavior Research Therapy. Vol. 4, pp. 187-196.

MADIL, M.F.; CAPBELL, D.; LAVERTY, S.G.; SANDERSON, R.E. & VANDERWATER, S.L. (1966). **Aversion treatment of alcoholics by succinylcholine-induced apneic paralysis.** In. Quarterly Journal of Studies on Alcohol. Vol. 27, pp. 483-509.

MAGRUDER-HABIB, K.; ALLING, W.C.; SAUNDERS, W.B. & STEVENS, H.A.(1989). Spontaneous remission from alcoholism. Presented at the meeting of the North Carolina Alcoholism Research Authority, Raleigh, N.C., March.

MARCONI, J.; SOLARI, G.; GAETE, S. & PIAZZA, L. (1960). Comparative clinical study of the effects of disulfiram and calcium carbimide. I. Side effects. Quarterly Journal Studies on Alcohol. Vol. 22, pp. 46-51.

MARLATT, G.A.; (1978). Craving for alcohol, loss of control and relapse: A cognitive-behavioral analysis. In P.E. Nathan, G.A. Marlatt, & T. Loberg (Eds.). Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment. New York: Plenum.

MASH, E.J. & TERDAL, L.G.(1976). Behavior- therapy assessment: Diagnosis, design and evaluation. In. E.J. Mash & L.G. Terdal (Eds). Behavior therapy assessment (pp.15-32) New York: Springer.

MATAKAS, F.; KOESTER, H. & LEIDNER, B. (1978). Which treatment for which alcoholics? A review. Selected Translations of International Alcoholism Research. U.S. Department of Health and Human Service. Public Health Service.

MAYOR, J. Y LABRADOR F.J. (1984). Manual de modificación de conducta. Editorial alhambra S.A. pp. 464-77

MEDINA-MORA, M.E., TAPIA, R., SEPULVEDA, J., ET AL. (1991). **Patrones de consumo de alcohol y sintomas de dependencia en la población urbana de la Republica Mexicana.** Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

MERRY, J.; SOLARI, G.; GAETE, S. & PIAZZA, L. (1960). **Prophylactic treatment of alcoholism by lithium carbonate: A controlled study.** Lancet, Vol. 2, pp.481-482.

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

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

MILLER, W.R. (1986). **Haunted by the Zeitgeist: Reflections on contrasting treatment goals and conception of alcoholism in Europe and United States.** Annals of the New York Academy of Sciences. Vol. 472, pp. 110-129.

MILLER, W.R. & EISLER, R. (1977). **Assertive behavior of alcoholics: A descriptive analysis.** Behavior Therapy. Vol. 8, pp. 146-149.

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

MILLER, W.R. & MUÑOZ, R.F. (1976). **How to control your drinking.** Englewood Cliffs, N.S.: Paentice Hall.

MOLINA, P.V. & SÁNCHEZ, M.L.(1985). **El alcoholismo en México: Patología.** Fundación de Investigaciones Sociales. A.C. Segunda Edición; México, D.F.

MOONEY, H.B.; DITMAN, K.S. & COHEN, S. (1961). **Chlordiazepoxide in the treatment and alcoholics.** Diseases of the Nervous System. Vol. 22, pp. 44-51.

MOOS, R.H.; FINNEY, J.W. & CRONKITE, R.C. (1990). **Alcoholism treatment: Context, Process, and Outcome.** New York: Oxford Univ. Press, Inc.

MULFORD, H.A.(1984). **A natural processes model.** J Drug Issues. Vol. 14, pp. 31-43.

NOEL, N.E.; McCRADY, B.S.; STOUT, R.L. & FISHER-NELSON, H. (1987). **Predictors of attrition from an outpatient alcoholism treatment program for couples.** Journal of Studies on Alcohol. Vol. 3, pp. 229-235.

O'LEARY, M. R., CALSYN, D. A., CHANEY, E. F., & FREEMAN, C. W. (1977). **Predicting alcohol treatment dropouts.** Diseases of the Nervous System. Vol. 38, pp.993-995.

O'LEARY, M. R., ROHSENOW, D. J., & CHANEY, E. F. (1979). **The use of multivariate personality strategies in predicting attrition from alcoholism treatment.** Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 40, 190-193.

ORLINSKY, D. E., & HOWARD, K. I. (1986). **Process and outcome in psychotherapy.** In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp.311-384). New York: Wiley.

OXFORD, J.; OPPENHEIMER, E. & EDWARDS, G. (1976.) **Abstinence or control: The outcome of excessive drinking two years after consultation.** *Behavior Research and Therapy*. Vol. 14, pp. 409-418.

PATTISON, E.M.; SOBELL, M.B. & SOBELL, L.C. (1977). **Emerging concepts of alcohol dependence.** New York, Springer.

PEARL, R. (1926). **Alcohol and longevity.** New York: Alfred A. Knoff.

PEKARIK, G. (1983a). **Follow-up adjustment of outpatient dropouts.** *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 53, 501-511.

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

PEKARIK, G. (1985). **Coping with dropouts.** *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol. 16(1), 114-123.

PEKARIK, G. & FINNEY-OWEN, K. (1987). **Outpatient clinic therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout.** *Community Mental Health Journal*. Vol. 23(2), pp. 120-130.

PLATZ, A.; PANEPINTO, W.C.; KISSIN, B. & CHARNOFF, S.M. (1970). **Metronidazole and alcoholism: An evaluation of specific and non specific drug treatment.** *Diseases of Nervous System*. Vol. 31, pp. 631-636.

POULOS, C.X.; HINSON, R.R. & SIEGEL, S. (1981). **The role of Pavlovian processes in drug tolerance and dependence: Implications for treatment.** *Addictive Behaviors*. Vol. 6, pp. 205- 212.

RADA, R.T. & KELLNER, R. (1979). **Drug treatment in alcoholism.** In J. Davis & D.J. Greenblatt (Eds.), *Recent Developments in Psychopharmacology*. New York, Grune & Stratton.

RAHE, R.H. (1975). **Epidemiological studies of life change and illness.** *Int. J. Psychiat Med*. 6, pp. 133-146.

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

RESS, D.W.; BEECH, H.R. & HORE, B.D. (1984). **Some factors associated with compliance of alcoholism.** *Alcohol and Alcoholism*. Vol. 19, pp. 303-307.

ROIZEN, R.; CAHALAN, D. & SHANKS, P. (1978). **"Spontaneous Remission" among untreated problem drinkers.** In: Kandel, D.B. (Ed.) *Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Findings and Methodological Issues*, New York: John Wiley & Sons, pp. 197-221.

ROSENBERG, C.M. (1974). Drug maintenance in the outpatient treatment of chronic alcoholism. Archives of General Psychiatry. Vol. 30, pp. 373-377.

ROSOVOSKY, H., NARVAEZ, A. BORGES, G., GONZALEZ, L. (1991). Evolución del consumo per capita de alcohol en México. Salud Mental. Vol.15, Nº 1, pp. 35-41.

ROUNSAVILLE, B.J.; DOLINSKY, Z.S.; BABOR, T.F.; & MEYER, R.E. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. Archives of General Psychiatry. Vol. 44, pp.505-513.

RUSH, B. (1814). An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind. (8th edition). Brookfield: E. Merriam & Company.

SANCHEZ-CRAIG, M.; ANNIS, H.M.; BORNET, A.R.; MACDONALD, K.R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 52, pp. 722-724.

SANDERSON, R.E.; CAMPBELL, D.; & LAVERTY, S.G. (1963). An investigation of a new aversive conditioning treatment for alcoholism. In Quarterly Journal of Studies on Alcohol. Vol. 24, pp.261-275.

SAUNDERS, W.M. & KERSHAW, P.W.(1979). Spontaneous remission from alcoholism: A community study. Brit. J. Addict. Vol. 74, pp.251-265.

SEMER, J.M.; FRIEDLAD, P.; VAISBERG, M. & GRENBORG, A. (1966).
The use of metronidazole in the treatment of alcoholism: A pilot study.
American Journal of Psychiatry. Vol.123, pp. 722-724.

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

SILVERMAN, W., & BEECH, R. (1979). **Are dropouts, dropouts?** Journal of Community Psychology, 7, 236-242.

SLUCHEUSKY, I.F.; FRINKEN, I.N.; VOEGTLIN, W.L. & LEMERE, F. (1942). **The treatment of alcohol addiction: A review of the literature.** In Quarterly Journal of Studies on Alcohol. Vol. 2, pp. 717-803.

SMART, R.G. (1975/76). **Spontaneous recovery in alcoholics: A review and analysis of the available research.** Drug Alcohol Depend. Vol. 1, pp.277-285.

SMART, R.G. & GREY, G. (1978). **Multiple predictors of dropout from the alcoholics treatment.** Archives of General Psychiatry. Vol. 35, pp. 363-367.

SOBELL, M.B. & SOBELL, L.C. (1978). **Behavioral treatment of alcohol problems.** New York: Plenum.

SOBELL, C.L. ; SOBELL B.M. & NIRENBERG D.T. (1988). **Behavioral assessment and treatment planning with alcohol and drug abusers: A review with an emphasis on clinical application.** *Clinical Psychology Review*, Vol. 8, pp. 19-54. Printed in the USA. All rights reserved.

SOBBEL, L.C., SOBELL, M.B., TONNEATTO, T. & LEO, G.I. (1990 Enero). **What Triggers the Resolution of Alcohol Problems Without Treatment?**. Presentado en la 5º Conferencia Sobre tratamiento de conductas adictivas en Sidney, Australia.

SOBELL, L.C. & SOBELL, M.B. (1991, November). **Cognitive mediators of natural recoveries from alcohol problems: Implications for treatment.** Paper presented as part of symposium. *Therapies of Substance Abuse: A view towards the future*, at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.

SOBELL, L.C.; SOBELL, M.B. & TONEATTO, T. (1992). **Recovery from alcohol problems without treatment.** In N. Heather, W.R. Miller, & J. Greeley (Eds.), *Self Control and the addictive behaviour* (198-242). Botany Bay, NSW, Australia: Maxwell MacLillan.

SOBBEL, L.C., CUNNINGHAM, J.A., SOBELL, M.B., TONNEATTO, T. (1993). **A Life-Span Perspective on Natural Recovery (Self-Change) from Alcohol Problems.** En: *ADDICTIVE BEHAVIORS ACROSS THE LIFE SPAN. Prevention, Treatment, and policy.* Ed. Baer J.S., Marlatt, G.A. Sage Publications. Pp. 34-66.

SOBELL, L.C., SOBELL, M.B., TONEATTO, T. & LEO, G.I. (1993). **What triggers the resolution of alcohol problems without treatment?** *Alesm Clin. Exp. Res.* Vol. 17, pp. 217-224.

SOBELL, M.B.; WILKINSON, D.A. & SOBELL, L.C. (1990). **Alcohol and drug problems.** In A.S. Bellack, M. Hersen y A.E. Kazdin (Eds.). *International Handbook of behavior modification and therapy.*

SORENSEN, J. L., GIBSON, D., BERNAL, G., & DEITCH, D. (1985). **Methadone applicant dropouts. Impact of requiring involvement of family or friend in treatment.** *The International Journal of the Addictions*, 20, 1273-1280.

STALL, R. (1983). **An examination of spontaneous remission from problem drinking in the Bluegrass region of Kentucky.** *J. DRug Issues.* Vol. 13, pp. 190-206.

STARK, M.J. & CAMPBELL, B.K. (1988). **Personality, drug use, and early attrition from substance abuse treatment.** *American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* Vol. 14, pp. 475-487.

STARK, M., LEWIS & COLLEGE C. (1992). **Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review.** *Clinical Psychology review*, Vol. 12, pp.93-116. Printerin USA. All rights reserved.

STEER, R.A. & KOTZKER, R. (1978). **Correlates of methadone patients' lengths of stay for first and second admissions.** *Drug and Alcohol Dependence.* Vol. 3, pp. 399-403.

STEIN, A.; FRIEDMAN, E. (1971). **Group therapy with alcoholics**. En: Kaplan H. and Sadock B: *Comprehensive group psychotherapy*. Williams and Wilkins Co. Baltimore, p. 652.

STEINER, C. (1971). **Games alcoholics play**. New York: Grove Press.

STOCKWELL, T.R.; HODGSON, R.; RANKIN, H. & TAYLOR, C. (1982). **Alcohol dependence beliefs and the priming effect**. *Behavior Research and Therapy*, Vol. 20, pp. 513-522.

SZAPOCZNIK, J., & LEANDER, R. (1977). **Factors related to successful retention in methadone maintenance: A review**. *The International Journal of the Addictions*, Vol. 12, pp.1067-1085.

TAYLOR, J.A. (1964). **Metronidazole: a new agent for combined somatic and physiotherapy for alcoholism**. *Bulletin of the Los Angeles Neurological Society*. Vol. 29, pp.158-162.

THANEPOHN, S.G. (1986). **Grandchildren of alcoholics at risk**. New York : Grove Press.

TUCHFELD, B.S. (1981). **Spontaneous remission in alcoholics: Empirical observations and theoretical implications**. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 42, pp. 626-641.

TUCHFELD, B.S., SIMUEL, J.B.; SCHMITT, M.L.; RIES, J.L.; KAY, D.L. & WATERHOUSE, G.J. (1976). **Changes in patterns of alcohol use without the aid of formal treatment: An exploratory study of former problem drinkers. Final report.** Research Triangle Park, N.C.: Research Triangle Institute.

TUCKER, A.J.; VUCHINICH, E.R. & AKIKO, G.J. (1994). **Environmental events Surrounding Natural Recovery from Alcohol-Related Problems.** Department of Psychology, Auburn University, Alabama. *Journal Studies Alcohol*, Vol. 55, pp. 401-411.

TWITCHELL, R.G., HERTZOG, A.C., KLEIN, L.J. & SCHUCKIT, A.M.(1992). **Research report: The anatomy of a follow-up.** *British Journal of Addiction*. Vol. 87. Pp. 1327- 1333.

.VOEGLIN, W. (1940). **The treatment of alcoholism by establishing a conditional reflex.** *American Journal of Medical Science*. Vol. 199, pp.802-809.

VOGLER, R.E.; LUNDE, S.E.; JOHNSON, G.R.; & MARTIN, P.L. (1970). **Electrical aversion conditioning with chronic alcoholics.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol: 34, pp. 392-307.

WALKER, R.D. ; DONOVAN, D.M.; KIVLAHAN, D.R. & O'LEARY, M.R. (1983). **Length of stay, neuropsychological performance and aftercare: influences on alcohol treatment outcome.** *Journal of Consulting and Clinical psychology*. Vo. 51, pp.900-911.

WALLERSTEIN, R.S. (1956). **Comparative study of treatment methods for chronic alcoholism: The alcoholism research at winter V.A. Hospital.** American Journal of Psychiatry. Vo 113, pp 228- 233.

WALLERSTEIN, R.S.; CHOTLS, J.W.; FRIEND, M.; HAMMERSLEY, D.W.; PERLSWING, E.A. & WINSHIP, G.M. (1957). **Hospital treatment of alcoholism : A comparative experimental study.** New York, Basic Books.

WILSON, G.T. (1988). **Capitulo 7: Alcohol use and abuse: A Social Learning Analysis** En: Chaudron, C.D. & Wilkinson, D.A. Theories on Alcoholism. Addiction Research Fundation. Toronto, Canada.

PERLSWING, E.A. & WINSHIP, G.M. (1957). **Hospital treatment of alcoholism : A comparative experimental study.** New York, Basic Books.

WALLERSTEIN, R.S. (1958). **Psychological factors in chronic alcoholism.** Annals of Internal Medicine. Vol. 48, pp.114-122.

WILLEMS, P.J.A.; LETEMEDIA, F.J.J. & ARROYAVE, F. (1973). **A tow year follow-up study comparing short with long stay in-patient treatment of alcoholics.** Brit. J. Psychiat. Vol. 122, pp. 637-648.

WILSON, G.T. & LAWSON, D.M. (1976). **Espectancies, alcohol and sexual arousal In male social drinkers.** Journal of Abnormal Psychology. Vol.85, pp. 587-594.

ZINBERG, N.E. & JACOBSON, R.C. (1976). **The natural history of " chipping ".** American Journal of Psychiatry. Vol. 133, pp. 37-40.

ZINBERG, S.; WALLACE, J. & BLUME, S.B. (1978). **Practical approaches to alcoholism psychotherapy**. New york: Plenum.

A N E X O 1

I. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS E HISTORIA PERSONAL

A pesar de que la información que nos interesa se refieren a las razones por las cuales dejó usted el tratamiento, nos gustaría hacerle unas preguntas sobre:

6. Estado civil _____

7. Podría describirnos como son actualmente sus relaciones con familiares y amigos (debe obtenerse la siguiente información):

a) ¿Con quien vive actualmente?

b) ¿Cuales son sus actividades recreativas actualmente?

c) ¿Hay conflictos familiares? ¿cuáles?

d) ¿A partir de las sesiones en el programa hubo algún cambio con familiares y amigos?

e) ¿Cuántas veces ha cambiado de casa?

II.- HISTORIA LABORAL

8.- ¿Podría describirnos su historia laboral después del tratamiento?
(debe obtenerse la siguiente información):

a) Estado laboral en los últimos 6 meses

a. ___ Tiempo completo b. ___ Medio tiempo c. ___ Independiente

d. ___ Trabajo temporal e. ___ Desempleado f. ___ Jubilado

c. ___ Beneficiencia h. ___ Ama de casa

b) ¿Número de semanas que estuvo trabajando? _____

c) ¿Número de días que no asistió a trabajar por el abuso de alcohol? _____

d) ¿Número de trabajos que perdió a causa del alcohol? _____

e) ¿En el trabajo actual cual es su ingreso mensual? _____

III. HISTORIA DE TRATAMIENTO

9. ¿Ha recibido algún otro tratamiento o ha participado con grupos de auto-ayuda para resolver sus problemas de alcoholismo durante los últimos 6 meses? _____

¿Cual? (nombre y tipo de tratamiento)

10. ¿Qué es lo que lo hizo decidir a no continuar con el tratamiento que el centro de Servicios Psicológicos Acapulco le proporcionaba?

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

12. ¿Podría describirnos lo que menos le agradó de las sesiones a las que asistió?

13. Podría decirnos si considera que las sesiones a las que asistió le fueron:

- a) Útiles b) No tuvieron ningún efecto c) Inútiles

¿Porqué las considera así?

14. La calidad de servicios fueron:

- a) Excelente b) Bueno c) Malo

¿Porqué la considera así?

15. Considera que el tiempo que usted invirtió fue:

- a) Demasiado b) Adecuado c) Poco

¿Porqué?

16.- ¿Recomendaría usted este tratamiento a un amigo con un problema similar al de usted? _____

¿Porqué?

17.- ¿En los últimos 6 meses cuantas veces estuvo en el hospital por problemas relacionados al alcohol? _____

18.- ¿Cuantas veces estuvo bajo tratamiento médico o bien se tuvo que automedicar por causa del alcohol? _____

IV.- HISTORIA DEL CONSUMO DE ALCOHOL.

19.-¿Cuando usted bebe qué bebida prefiere?

Del 0 al 100% en que porcentaje bebe las siguientes bebidas:

Pulque 0 - 100:

Cerveza 0 - 100:

Vino 0 - 100:

Destilados 0 - 100:

20.- ¿Después de las sesiones a las que asistió con qué frecuencia siguió bebiendo?

Menor
Igual
Mayor

21.- (a cualquier respuesta) ¿Usted porqué cree que esto haya sucedido?

22.- ¿En estos 6 meses cuántas veces bebió por la mañana para evitar los efectos del consumo excesivo en la noche anterior? _____

23.- ¿Aproximadamente cuántos días estuvo bebiendo para evitar o minimizar el síndrome de retiro de la noche anterior en la que comenzó a beber? "cruda". _____

24.- ¿A partir de las sesiones a las que asistió en el centro, cuántas veces ha intentado seriamente dejar o reducir el consumo? _____

25.- ¿Cuál es el mayor período de tiempo de abstinencia que ha logrado?

26.- ¿Cuándo ocurrió esto? ¿porqué cree que lo haya logrado?

27 - Sabemos que usted bebía en exceso con mayor frecuencia en las siguientes situaciones como _____

¿actualmente continúa presentandose ésta situación?

De no ser así: ¿qué es lo que usted hace para no beber en esas situaciones?

28.- A partir de que usted decide no asistir al tratamiento ¿cómo se siente?, es decir, ¿cree que su problema ha empeorado o mejorado?

¿porqué lo cree así?

V.- CONSUMO DE TABACO

29. ¿En promedio cuántos cigarrillos se fuma diariamente? _____

30.- ¿Cuánto tiempo pasa (minutos u horas) desde que despierta en las mañanas y enciende su primer cigarrillo? _____

VI.- CONSECUENCIAS ADVERSAS DEL USO DE ALCOHOL

31.- ¿Ha tenido algún daño físico a consecuencia del consumo de alcohol en los últimos 6 meses? ¿Cuál? (enfermedad, accidente, recomendación o advertencias del médico)

32.- ¿Ha tenido en los últimos 6 meses desmayos, problemas de memoria, olvido, confusión o dificultad al pensar?

33.- ¿Tiene problemas afectivos? (abandonos, depresiones, cambios de estado ánimo o cambios de personalidad)

34.- ¿Tiene dificultad para interactuar o relacionarse con otras personas?

¿Porqué?

35.- ¿Cuando consume alcohol es agresivo? ¿podría relatarnos una situación donde haya actuado agresivamente? (violencia verbal o física).

36.- ¿En el área laboral qué tipo de problemas ha tenido a causa del alcohol? (ninguno, trabajo afectado, amenaza o pérdida del trabajo mismo).

37.- ¿Ha tenido problemas legales? ¿cuáles? (ninguno, solamente acusación o convicto).

38.- ¿Cómo ha afectado en su economía o ingresos su consumo de alcohol? (ninguno, gastos en exceso, pérdida significativa de sus ingresos).

39. - Elija la alternativa que mejor describe su manera de beber durante los últimos 6 meses:

(1) No es un problema

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

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

(4) Es un problema grave (he tenido algunas experiencias negativas, una de las cuales considero que fue seria).

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

Respuesta _____

Motivos: _____

10.- ¿Qué tan satisfecho está de su calidad de vida en éste momento?

(1) Muy satisfecho

(2) Satisfecho

(3) Inseguro

(4) Insatisfecho

(5) Muy insatisfecho

Respuesta _____

Motivos: _____

LINEA BASE RETROSPECTIVA DE CONSUMO DE ALCOHOL¹

1995

	LUNES	MARTES	MIER	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
E							1AÑO NUEVO
N	2	3	4	5	6	7	8
E	9	10	11	12	13	14	15
R	16	17	18	19	20	21	22
O	23	24	25	26	27	28	29
	30	31					
F			1	2	3	4	5
E	6	7	8	9	10	11	12
B	13	14	15	16	17	18	19
	20	21	22	23	24	25	26
	27	28					
M			1	2	3	4	5
A	6	7	8	9	10	11	12
R	13	14	15	16	17	18	19
Z	20	21	22	23	24	25	26
O	27	28	29	30	31		
A						1	2
B	3	4	5	6	7	8	9
R	10	11	12	13SANTO	14SANTO	15SANTO	16SANTO
I	17	18	19	20	21	22	23
L	24	25	26	27	28	29	30

AUTOR: SOBELL, L.C. Ph.D.
 DERECHOS RESERVADOS: ADDICTION RESEARCH FOUNDATION.
 FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNAM.

LIBRE

1995

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
M						1	2
A	3	4	5	6	7	8	9
Y	10 PADRE	11	12	13	14	15	16
D	17	18	19	20	21	22	23
	24	25	26	27	28	29	30
	31						
J		1	2	3	4	5	6
U	7	8	9	10	11	12	13
N	14	15	16	17	18	19	20 PADRE
I	21	22	23	24	25	26	27
O	28	29	30				
J				1	2	3	4
U	5	6	7	8	9	10	11
L	12	13	14	15	16	17	18
I	19	20	21	22	23	24	25
O	26	27	28	29	30	31	
A							1
G	2	3	4	5	6	7	8
O	9	10	11	12	13	14	15
S	16	17	18	19	20	21	22
T	23	24	25	26	27	28	29
O	30	31					

BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL¹

NOMBRE _____

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto.

Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "X" la opción más adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECIENTE MENTE	CASI SIEMPRE
1. ¿Tiene dificultad para dejar de pensar en beber?	0	1	2	3
2. ¿Es más importante emborracharse que su próxima comida?	0	1	2	3
3. ¿Organiza su día de acuerdo a cuando y donde puede beber?	0	1	2	3
4. ¿Bebe por la mañana, tarde y noche?	0	1	2	3
5. ¿Bebe por el efecto del alcohol sin importar que bebida es la que toma?	0	1	2	3
6. ¿Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?	0	1	2	3
7. ¿Bebe en exceso aún sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?	0	1	2	3

¹ AUTOR: RAISTRICK, D.
DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNAM

NUNCA ALGUNAS FRECUENTE CASI
 VECES MENTE SIEMPRE

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8. ¿Sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. ¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso se despierta con temblor en las manos? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso evita a la gente? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aún cuando después se da cuenta que eran imaginarias? | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior? | 0 | 1 | 2 | 3 |

A N E X O 2



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPTO. DE PSICOLOGIA EXPERIMENTAL

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de este conducto me permito presentar a usted a las psicólogas MARTHA I. MACIEL ROCHA y ALEJANDRA ROMERO SANTANA integrantes del equipo de trabajo del Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco", donde se está llevando a cabo un Proyecto de colaboración entre La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el Centro de Investigación para el Desarrollo Internacional (IDRC) del gobierno de Canadá, sobre "La Evaluación de un Tratamiento de Consulta Externa para Bebedores Problema".

Este programa se consideró necesario ya que existen en nuestro país muy pocas opciones de tratamiento para personas que abusan del alcohol y aquéllos que existen como parte del Sistema Nacional de Salud, están dirigidas a personas con una dependencia severa.

La razón de esta visita es conocer las razones que lo llevaron a dejar el tratamiento que usted inició hace aproximadamente 7 meses, su cooperación en esta entrevista será de gran utilidad para entender cómo se puede adaptar el programa y así lograr que las personas logren completar su tratamiento. Esta entrevista requerirá que nos brinde una hora de su tiempo aproximadamente. Su identidad y toda la información que usted comparta con nosotros se mantendrá con absoluta confidencialidad.

Agradecemos su colaboración. Por favor si usted tiene alguna pregunta acerca de la entrevista realizada comuníquese a los teléfonos: 658-37-44 y 622-23-09.

GRACIAS

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
Cd. Universitaria, D.F., noviembre de 1994

DR. HECTOR AYALA VELAZQUEZ
INVESTIGADOR RESPONSABLE DEL PROYECTO