



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
CIENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA CENTRADA EN
SOLUCIONES EN DEPENDIENTES AL ETANOL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS**

P R E S E N T A :

MARTHA CORDERO OROPEZA

DIRECTOR DE TESIS

DR. LUIS SOLÍS ROJAS

DRA. GUILLERMINA NATERA REY

Facultad de Medicina



MEXICO, D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

*La presente investigación se llevó a cabo en el Centro de Ayuda al
Alcohólico y sus Familiares*

Becaria del CONACyT durante la realización de los estudios de grado

Agradecimientos

Al Dr. Luis Solís Rojas, Dra. Guillermina Natera, Dr. Jorge Caraveo, Dra. Lucy Ma. Reidl y Dra. Rebeca Aguirre por sus valiosas aportaciones.

A los Psicólogos Roberto Cordero y Juan Manuel Castro por su invaluable participación como terapeutas.

A la Dra. Lidia Beltrán por mostrarme las distintas formas de construir posibilidades y por la supervisión clínica durante la intervención.

Al Dr. Jorge Villatoro, la Dra. Catalina González, Mtra. Alejandra Soriano y Psic. Mónica Martínez por su acompañamiento en todo este proceso.

Con cariño a Cecilia y Leonardo por transmitirme su fortaleza y entereza para continuar en este camino.

Por su eterna compañía y confianza a mis hermanos Reyna, Oscar, Roberto, Jacqueline, Clara y Alejandro.

A mis amigas del CAAF Rosalba, Evelia, Sara, Carolina y Pilar por brindarme su apoyo y cariño en tiempos de intensas tormentas.

Porque con su interés y apoyo me devolvió el entusiasmo en mi diaria labor, al Dr. Mario Torruco.

A Alberto, Vicente, Pedro y Sergio, quienes me transmitieron la importancia de puntuar diferentes realidades y a trazar diferencias en la terapia.

Al Ohtlahtocacoyotl por brindarme un espacio donde nutrir mi espíritu.

Por los incontables momentos y espacios compartidos a Rosalba, Haydée, Lety y Andrea.

A Mariana, por su incesable invitación al conocimiento y al crecimiento.

A Cuahuitl, quien dio forma a ometlaca y complementó mi existencia.

Contenido

Resumen	6
Introducción	7
Parte I Marco Teórico y Antecedentes	
1. Problemas Asociados al Consumo de Alcohol	10
1.1. Problemas Físicos Asociados al Consumo de Alcohol	10
1.2 Problemas Psicosociales Asociados al Consumo de Alcohol	13
2. Aproximaciones Psicoterapéuticas para el Alcoholismo	
2.1 Modelo Médico	16
2.2 Modelo Psicodinámico	17
2.3 Modelo de Aprendizaje Social	18
3. Terapia Centrada en Soluciones	22
3.1 Investigaciones de efectividad clínica en la Terapia Centrada en Soluciones	28
Parte II. Investigación	
1. Planteamiento del Problema	34
2. Justificación	37
3. Modelo Conceptual	39
4. Objetivos e Hipótesis	42
5. Método	
1) Diseño de la Investigación	43
2) Escenario	43
3) Universo de Estudio	44
4) Unidad de Análisis	44
5) Muestra	44
6) Operativo de Campo	44
7) Instrumentos	46
8) Variables	52
9) Plan de Análisis	56
6. Resultados	58
7. Discusión	75
8. Limitaciones del Estudio y Recomendaciones a Estudios Posteriores	84

9. Bibliografía	86
<i>Anexos</i>	
1. Manual de Procedimientos de la Terapia Centrada en Soluciones	100
2. Hoja de Consentimiento Informado	114
3. Instrumentos	115

Resumen

En México el consumo excesivo de alcohol representa uno de los principales retos de salud pública a escala nacional, existen diversas estrategias de intervención que pretenden incidir en este problema; sin embargo, existe un amplio vacío con respecto a si dichas intervenciones son un factor causal en el cambio producido por el consumidor y la manera en la cual dicho cambio se produce después del tratamiento, una vía para conocerlo es evaluar sus resultados.

La Terapia Centrada en las Soluciones (TCS) constituye una alternativa a las que tradicionalmente se utilizan para el tratamiento del consumo de alcohol, sus resultados se documentan en diferentes países de América y de la Comunidad Europea, pero no en población hispana.

Objetivo: Conocer la efectividad de la TCS en dependientes al etanol, determinar sus diferencias según su demanda de atención y las variables asociadas a ésta.

Se trabajó con un diseño longitudinal de tipo O₁-X-O₂, comparativo, con doce meses de seguimiento; la muestra se integró por 60 dependientes al alcohol de 18 a 50 años de edad, seleccionados intencionalmente, acudieron por primera vez al Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" a solicitar tratamiento. La muestra se conformó por 30 dependientes al etanol que pretendían cambiar sus niveles de consumo y 30 dependientes que buscaron modificar los problemas asociados a su consumo.

Resultados: El 78% de la muestra eran casados, 38% tenían instrucción básica, la edad promedio fue 35.5 y en la mayoría pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, el 39% eran consumidores de alto nivel; el 43% se ubicaron en un nivel de dependencia sustancial y 70% contaban con antecedentes de tratamiento. La necesidad de tratamiento más alta se registró en los problemas familiares asociados al consumo de alcohol con 48%, el 63% de la muestra asistió de una a dos sesiones y el restante asistió a más de dos; con un seguimiento del 83% de la muestra.

En el análisis de sobrevida se identificaron a los primeros cuatro meses después de tratamiento como los meses de mayor riesgo para recaer; se observó que la TCS tuvo mejores resultados en dependientes que buscaban modificar los problemas asociados al consumo de alcohol, se ubicaron en los niveles socioeconómicos más bajos, tenían antecedentes de tratamiento para su consumo de alcohol, con nivel de dependencia alta, presentaron necesidad de tratamiento media en los problemas psicológicos y laborales y no contaron con tratamientos externos al CAAF.

Se discuten las variables asociadas a la efectividad de la TCS a partir de modelos de regresión de Cox y se propone al análisis de sobrevida como una herramienta útil para evaluar efectividad de modelos de intervención.

Introducción

El objetivo de la presente investigación consistió en conocer la efectividad de la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) en dependientes al etanol, determinar sus diferencias según la demanda de atención, así como las variables asociadas a ésta.

Actualmente para pocos es desconocido que el consumo excesivo de bebidas embriagantes representa uno de los principales retos de salud pública a nivel internacional y nacional. En nuestro país se documenta la existencia de 11,035, 262 bebedores altos, 3,226,490 consumidores consuetudinarios, 2,841,303 personas con dependencia al alcohol y 2,343,719 usuarios reportaron comenzar una discusión con su esposo(a) o compañero(a) cuando bebieron (ENA, 2002).

El sector de la población más afectada son los hombres entre los 30 y 49 años de edad, sector que presenta la mayor carga global de morbilidad por trastornos asociados al consumo de alcohol (OMSS, 2002)

Las estrategias del Sector Salud se han enfocado esencialmente al diseño de políticas, programas y servicios de intervención en los tres niveles de atención a fin de modificar las condiciones de vida generales de la población y reducir los problemas de salud inherentes al consumo de bebidas embriagantes.

Bajo este escenario, en 1974 surge el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", entre sus objetivos principales se encuentran la terapéutica y la investigación en alcohólicos. La principal demanda que se resuelve en el Centro son los problemas psicosociales derivados del consumo de alcohol.

Debido a la diversidad de intervenciones existentes para responder a tales demandas, se torna inminente identificar el modelo de intervención óptimo para cada usuario; sin embargo, esto es imposible si se carece de respaldo empírico acerca de los resultados de cada intervención, por consiguiente es necesario instrumentar mecanismos de evaluación que permitan delimitar las condiciones y características necesarias bajo las cuales una intervención terapéutica resulta exitosa para modificar el curso del alcoholismo y los problemas asociados.

La presente investigación constituye un acercamiento al campo de la evaluación de resultados de una intervención psicoterapéutica; en la primera parte se revisan las consecuencias del consumo excesivo de alcohol, se realiza un panorama general acerca de los distintos modelos de intervención encaminados a modificar el curso del alcoholismo, y se finaliza en la descripción y antecedentes de la Terapia Centrada en Soluciones.

La segunda parte describe el planteamiento metodológico a partir del cual se gesta el presente estudio, se señala el método y desemboca en la presentación y discusión acerca del perfil de usuarios en los cuales la TCS es efectiva, al final, se presentan algunas limitaciones y

recomendaciones a futuras investigaciones relacionadas con la evaluación de resultados de intervenciones en alcohólicos.

En la última parte se presenta de manera detallada el manual de procedimientos de la TCS, el consentimiento informado y cada uno de los instrumentos que se emplearon para el desarrollo del presente trabajo.

Parte I: Marco Teórico y Antecedentes

1. Problemas Asociados al Consumo de Alcohol

Probablemente, el consumo de alcohol es tan antiguo como la humanidad misma, basta citar algunos ejemplos como la simbolización del dios Baco y Osiris por los egipcios, las referencias al vino en la Biblia por los romanos, sin olvidar la connotación del nacido el día ome tochtli en el calendario azteca, la diosa Mayahuel o la producción del pulque en el México prehispánico.

Desde entonces existe referencia a los efectos que el consumo de alcohol produce; sin embargo, es hasta la primera mitad del siglo pasado que se enuncia con precisión el concepto de alcoholismo dando pie a la realización de investigaciones bajo diferentes ópticas como la medicina, la salud pública, la economía, la antropología, la sociología y la psicología, las cuales propiciaron la transformación de la conceptualización del alcoholismo (Guimares, 1989).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) define al síndrome de dependencia al alcohol como:

...un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos, resultado de la ingesta repetida de alcohol, que incluye un fuerte deseo para consumir, dificultad para controlar su inicio o suspender su ingesta, síntomas somáticos al interrumpir repentinamente el consumo, aumento progresivo de la dosis para conseguir los mismos efectos, abandono de otras actividades y obligaciones a causa del consumo y uso en forma continua o periódica a pesar de experimentar sus efectos negativos.

Las consecuencias del consumo de bebidas embriagantes hoy en día son ampliamente conocidas, por lo que solo se realizará una breve descripción de éstos.

1.1 Problemas Físicos Asociados al Consumo de Alcohol

El consumo de bebidas embriagantes en grandes cantidades puede producir daño estructural en diferentes órganos y sistemas, que a continuación se describe.

Trastornos del Sistema Gastrointestinal

El alcohol irrita directamente e indirectamente el sistema gastrointestinal, estimula la secreción de jugos gástricos, induce náusea, provoca dolor e inflamación y daña la mucosa gástrica. Los efectos irritantes del alcohol se traducen en úlcera y gastritis crónica (Gentry, 2000).

Las complicaciones indirectas por padecimientos en este sistema son la disminución en la resistencia a las infecciones, anemia, aumento del riesgo de cáncer y si fuma se incrementa hasta 15 veces más (WHO, 2004).

Pancreatitis

Consiste en un proceso inflamatorio, progresivo e irreversible, conduce a la fibrosis del páncreas y la desnutrición del parénquima exocrino y endocrino, se manifiesta por

episodios recurrentes de dolor abdominal, indigestión y diabetes mellitus. Estudios epidemiológicos, clínicos, funcionales y anatomopatológicos muestran una relación causal con el consumo de alcohol crónico, se estima que entre el 70 y 90% de los casos el consumo es el responsable de este padecimiento (WHO, 2004).

Alteraciones Hepáticas

El hígado es el órgano más afectado por el consumo de alcohol, sus efectos se expresan en varias fases que culminan en cirrosis, existe una amplia documentación acerca de lo común que resulta el dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen reportado por usuarios de alcohol de cantidades moderadas (20 -40 g/d) (Marsano et al, 2003, Mann, Smart , Govonni, 2003).

Cirrosis

La cirrosis consiste en cambios inflamatorios y muerte celular producida por el alcohol, inicia con la acumulación intracelular de grasa o hígado graso, seguido por una fase inflamatoria o hepatitis, después tiene lugar la muerte celular que provoca cicatrices, las cuales interfieren con la función de las células hepáticas restantes. Debido a la pérdida de las células hepáticas y a la disminución en la producción de bilis, se carece de adecuada digestión de los alimentos, vómito, pérdida de peso, ictericia y constipación (Mann, Smart , Govonni, 2003).

En pacientes con cirrosis, el hígado pierde capacidad para remover sustancias tóxicas en sangre, esto eleva los niveles de toxicidad en sangre y si éstos son persistentes ciertas sustancias neurotóxicas pueden penetrar el cerebro y provocar serios daños a sus células (Marsano et al, 2003).

Si se lleva a cabo un diagnóstico temprano, el hígado graso y la hepatitis son reversibles con la suspensión del consumo de alcohol y una adecuada dieta nutricional; sin embargo cuando la cirrosis se consolida, no es reversible. No hay que perder de vista que México representa uno de los primeros lugares en Latinoamérica en cuanto a la tasa de mortalidad por cirrosis hepática (Lieber, 2003, Edwards et al, 1994).

Trastornos del Sistema Cardiovascular

El alcohol produce toxicidad directa en el músculo cardíaco, produciendo desde alteraciones del ritmo, hasta insuficiencia cardíaca congestiva, desembocando en muerte súbita. Estudios epidemiológicos respaldan una correlación positiva entre la cantidad de alcohol consumida y accidentes cardiovasculares (Mukamal y Rimm, 2001).

Se estima que del 5 al 10% de los casos de hipertensión son causados por la ingesta de alcohol, en consumidores de seis copas o más por día, la prevalencia de hipertensión es dos veces más alta que los no consumidores. En tanto que en consumidores bajos y moderados se ha encontrado bajas tasas de mortalidad, debido a que el riesgo de padecer enfermedades coronarias se reduce (WHO, 2004).

Trastornos Metabólicos

En la ingesta diaria de etanol se sustituye, en promedio, la mitad de consumo energético que el organismo necesita para su adecuado funcionamiento debido a sus elevadas concentraciones calóricas, produciendo desnutrición como resultado del inadecuado consumo de folatos, tiamina y otras vitaminas (Lieber, 2003).

Trastornos Cerebrales

En el caso del sistema nervioso, se pueden observar trastornos mentales serios, pérdida de memoria, deterioro del aprendizaje, inflamación de los nervios (polineuritis) e incluso síndrome de Korsakoff. Estos padecimientos son producto de una combinación de efectos neurotóxicos, nutricionales, deficiencias vitamínicas crónicas y factores genéticos (Negrete, Mardones, Ugarte, 1985).

Las consecuencias del consumo de alcohol en el sistema nervioso se observan desde la intoxicación, definida a partir de 100 miligramos de etanol por decilitro de sangre (mg/dL) no obstante, se ha reportado que con 47 mg/dL aumenta el riesgo de tener accidentes vehiculares. Las primeras funciones que se afectan son las vestibulares, manifestadas por nistagmus, disartria, ataxia, confusión, periodos de amnesia con alteración profunda de la memoria y de la conciencia que puede durar desde algunos momentos hasta varios días, estupor, depresión respiratoria e incluso coma (Negrete, Mardones, Ugarte, 1985, Rubino, 1992).

En pacientes que han desarrollado dependencia física, definida al inicio del capítulo, al suspender su ingesta después de periodos prolongados padecen los síntomas propios del síndrome de abstinencia, tales como náusea, vómito, insomnio, temblor, agitación y desórdenes perceptuales como ilusiones perceptuales o auditivas (Farfan-Sedano, 1997).

En pacientes hospitalizados por síndrome de abstinencia, se ha encontrado que en un rango del 10 al 20% se manifiesta con convulsiones tónico-clónicas, en tanto que el 5% presentan delirium tremens, que se caracteriza por confusión profunda, agitación, pesadillas vívidas, ataques de pánico, alucinaciones, temblor de manos, psicosis, taquicardia, fiebre, de los cuales, el 80% de los casos se resuelve en las primeras 72 horas, y el 5% muere (WHO, 2004).

Encefalopatía de Wernicke

Es causada por deficiencia de tiamina, se caracteriza por nistagmus, marcha atáxica y confusión mental, se considera un estadio previo al síndrome de Korsakoff (Rubino, 1992).

Síndrome de Korsakoff

Consiste en un estado psicótico caracterizado por la pérdida de la realidad, se acompaña de lesiones cerebrales irreversibles manifestadas por periodos de Amnesia retrógrada y anterógrada, desproporción de la pérdida de memoria con otros déficits cognitivos, confabulación temprana, alteraciones conductuales indicando daño frontal y se ha

reportado que el 80% de los pacientes con encefalopatía de Wernicke puede desarrollar este cuadro (Stein, 1999).

Encefalopatía Hepática

La disfunción hepática prolongada, producto de excesivo consumo de alcohol, deriva en complicaciones cerebrales serias, manifestadas por alteraciones de sueño, cambios del ánimo y en la personalidad, deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, deterioro motriz como incoordinación, temblor fino distal, la consecuencia más grave puede ser coma hepático (Butterword, 2004)

La disfunción hepática se asocia significativamente con deterioro cerebral en pacientes alcohólicos con cirrosis, respaldada por estudios neuropsicológicos que reportan bajos puntajes en pruebas de aprendizaje y memoria comparados con pacientes alcohólicos sin cirrosis, evidenciándose con ello un mayor deterioro en su funcionamiento cognitivo (Tarter et al. 1999)

Trastornos Sexuales

Mientras mayor es el nivel de alcohol en la sangre, menor es la respuesta sexual, a pesar de que se experimente mayor excitación como consecuencia de la desinhibición que ocurre en la primera fase de la intoxicación (Emanuele, Emanuele, 2001).

Trastornos Ginecológicos

Diversas complicaciones ginecológicas se han asociado al consumo fuerte de alcohol, basta con mencionar la amenorrea, sangrado uterino disfuncional, dismenorrea, infertilidad y síndrome de tensión menstrual, en tanto que las complicaciones obstétricas incluyen aborto espontáneo, feto nacido muerto, parto prematuro y bajo peso al nacer (Dees., Srivastava, Hiney, 2001)

El síndrome alcohólico fetal, cuadro de deficiencia mental y física característico en mujeres consumidoras de más de 6 copas por día durante el embarazo, se ha estimado que un tercio de niños nacidos de estas mujeres padecen dicho cuadro y el riesgo de abortos espontáneos se incrementa (OMS, OPS, 2000).

1.2 Problemas Psicosociales Asociados al Consumo de Alcohol

La visión de que el consumo de alcohol ocasiona malestar en el funcionamiento psicosocial del individuo es relativamente nueva, y considera que éste se encuentra relacionado tanto de manera directa, como indirecta a problemas familiares, económicos y psicológicos.

Un dato importante para ejemplificar el impacto del consumo de alcohol en las áreas de funcionamiento psicosocial del individuo lo proporciona la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) ya que el 1.6% de los encuestados reportó reducir sus actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de alcohol, de los cuales el 3.4% eran del sexo masculino (SSA, INEGI, INPRFM, DGE, 2002).

Problemas Psicológicos y Psiquiátricos

El consumo excesivo de alcohol se ha asociado a trastornos afectivos, ansiosos, esquizofrénicos y alteraciones de la personalidad. La relación entre el consumo y estos padecimientos es compleja, parece ser que los últimos son precipitados por los primeros.

Estudios epidemiológicos muestran que en sujetos con consumo de alcohol, la prevalencia a lo largo de la vida para cualquier trastorno afectivo es casi cuatro veces más que en población general (Petrakis, Gonzalez, Rosenhenck, Krystal, 2002).

Schukitt y Hesselbrock (1994) plantean que la tasa de trastornos de ansiedad primarios en los alcohólicos es similar o ligeramente superior a la de la población general y síndromes de ansiedad inducidos.

Los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México (2001-2002) denotan que el abuso y la dependencia al alcohol constituyen un factor de riesgo para el comportamiento suicida, al elevar 7 y 5 veces la probabilidad para ideación, 17 y 13 veces más el riesgo para plan y al registrar una fuerza de asociación de 19 y 12 para el intento , respectivamente (Borges, Wilcox, Medina -Mora, Zambrano, Blanco y Walters, 2005)

Problemas Familiares

Estudios realizados en México, Inglaterra y Australia reportan que al menos cuatro miembros de la familia se afectan en su salud y bienestar, siendo las mujeres las más afectadas por violencia intrafamiliar cuando el consumo excesivo de alcohol se encuentra presente (Natera, Orford, 1989, Natera, Nava, 1993, Orford, 1992; Orford, Natera, Casco et al, 1993; Orford, Natera, Copello et al, 1997; Orford, Natera, Davis et al, 1998, 1998b, 1998c)

Medina-Mora, Berenson y Natera (1999) documentan la relación entre consumo de alcohol y el abuso físico en la producción y reproducción de la violencia; es decir, la ingesta problemática de alcohol en los padres se asocia a diferentes formas de abuso, que van desde el abandono o falta de atención hacia los hijos, hasta abuso físico.

En la ENA del 2002 el 3.4% de los encuestados reportaron comenzar una pelea con su esposo(a) o compañero(a) mientras tomaban, de éstos el 6.8% eran hombres, en tanto que para el 34.9% su casa fue el principal lugar de consumo.

En el Centro de ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) para el 2004 se observó que el 60% de los familiares que acudieron a consulta eran esposas y el 32% fueron madres de consumidores de alcohol; en tanto que el 45% padecía de depresión al momento de solicitar tratamiento (Fragoso, Cordero, 2004)

Problemas Laborales

Los problemas laborales asociados al consumo de alcohol van desde el ausentismo y bajos ingresos económicos, hasta la ingesta en el lugar de trabajo, tal como se demostró en la ENA del 2002 en la que se reportó que el 2.4% de los consumidores beben en el trabajo.

En estudios realizados con consumidores de alcohol se ha documentado que la mayoría de los casos tienen serios problemas laborales y aquellos que trabajan como comerciantes, choferes y otros oficios establecen sus propios horarios y exigencias para protegerse de la pérdida del empleo, aunque sus ingresos sean limitados (Tenorio y Mendoza, 1998).

Problemas Legales

En la ENA del 2002, se documenta que el 2.2% de la población tuvo problemas con las autoridades mientras usaban bebidas alcohólicas, en tanto que el .8% reportó haber sido arrestado mientras conducía después de ingerir unas copas.

Si bien es cierto que actualmente los problemas asociados al consumo de alcohol son ampliamente conocidos y difundidos, también es cierto que esta concepción es relativamente nueva, data desde la década de los setentas y surge a partir de conceptualizar al alcoholismo o síndrome de dependencia, como un continuum, con la cuantificación las diferencias individuales en el grado de afectación en el área de funcionamiento físico, psicológico y social ocasionado por el consumo de alcohol y no en términos de presencia o ausencia; elementos insoslayables en el diagnóstico diferencial, planificación del tratamiento y la evaluación de sus resultados (McLellan et al, 1980 Skinner, Horn y - Wanberg, 1984)

2. Aproximaciones Psicoterapéuticas para el Alcoholismo

De acuerdo a Keeney (1983), los modelos teóricos en Psicología se diferencian según el enfoque epistemológico¹ que los sustenta; es decir, en base a los conceptos de ciencia y de objetividad - subjetividad que emplean, se distinguen: la epistemología lineal progresiva² y no lineal o recursiva.

Bajo esta clasificación, cada enfoque epistemológico abarca distintos modelos teóricos, que abordan al alcoholismo de formas particulares, en el nivel de conceptualización, diagnóstico, evaluación e intervención; que se presenta no sólo entre modelos teóricos, sino también dentro de ellos; y para evidenciar todo ello es necesario realizar un breve recorrido sobre la forma en que cada modelo interviene en el alcoholismo.

2.1 Modelo Médico

Bajo esta óptica, se conceptualiza a los trastornos psicológicos bajo una perspectiva estructural en términos de enfermedad, en donde la función del profesional es encontrar las causas de dicha enfermedad (etiología) y el tratamiento más adecuado para reestablecer la salud. Concibe a la enfermedad como un complejo compuesto de síntomas y signos, que conllevan una etiología específica, en donde el diagnóstico es entendido como un conjunto de elementos gnoscográficos que permiten acercarse al conocimiento de la interacción entre ellos para determinar la desviación de las nociones entendidas como normalidad, para de esta manera, aproximarse con más precisión a la etiología, tratamiento y pronóstico de cada caso en particular. Los principales trabajos respecto de este tipo de clasificación son el D.S.M. IV, de Estados Unidos de Norteamérica y el I.C.D. 10 de la Organización Mundial de la Salud (Bernstein y Nietzel, 1984). Bajo la perspectiva de este modelo Clark (1975), Marlatt y Gordon (1985) pretenden entender la etiología del alcoholismo y desarrollar e estrategias preventivas e intentar su curación (Ayala, 1995)

El modelo médico se vio influenciado por las propuestas de la medicina funcionalista y los de salud pública, esto definió un esquema más claro respecto a la historia natural de la enfermedad y supone la interacción entre un huésped, un ambiente y un parásito.

Este modelo tiene la particularidad de enfocar lo que ocurre en un contexto social, es decir, lo que ocurre a una persona en un lugar y en un tiempo determinado en interacción con otros, desde el compañero de tragos hasta el expendedor de bebidas,

¹Para la ciencia, la epistemología es el estudio de la manera en que determinados organismos o agregados de organismos conocen, piensan y deciden.

² Lineal. (linear) Termino especializado de la matemática; describe una relación entre variables tal que, al representarla en coordenadas cartesianas ortogonales, se obtiene una línea recta. Linear progresiva (lineal) es la relación entre una serie de causas o argumentos en las que la secuencia no vuelve al punto de partida. Lo opuesto de lineal es no lineal. Lo opuesto de lineal progresivo es recurrente.

como si fuera una enfermedad biológica donde hay que describir los síntomas (cantidad, frecuencia y consecuencias asociadas) para establecer el diagnóstico correcto (dependencia baja, moderada o severa) y proponer la cura, de acuerdo a la cual se establece el pronóstico y de no cumplirse lo esperado (la rehabilitación) se revisa si hubieron errores en alguno de los pasos del procedimiento para corregirlo. Es notorio como los argumentos producen una línea que si es *quebrada* por los hechos se revisan para obtener la línea recta esperada.

2.2 Modelo Psicodinámico

El modelo psicodinámico es un caso curioso pues dependiendo de quién sea el seguidor de Freud y con cual de las diferentes etapas del trabajo del médico vienen comulgue, se han propuesto explicaciones que van de la teoría del trauma a la fijación de la persona en una de las etapas psicosexuales, pasando por el inadecuado fortalecimiento de cualquiera de las estructuras yóicas. Todos los acercamientos desde esta perspectiva que conocemos abocados al tema, comparten el supuesto de que existe algo en el pasado que debe ser atendido, subsanado, descubierto, liberado o remendado para solucionar el padecimiento que a la persona aqueja en el presente. Sin excepción existe la línea temporal antes - ahora, línea que comienza desde el nacimiento y sigue su curso hacia el futuro; línea que en lo general ha sufrido un *quiebre* en algún punto, quiebre que es la causa del padecimiento y que para superarlo es necesario repararlo en el presente; es decir reestablecer el continuo.

Algunas variantes en este modelo plantean que los procesos mentales ocurren bajo una perspectiva funcional, y están determinados por alguna intención consciente o inconsciente, supone la existencia de un aparato psíquico que explica la vida anímica del individuo, dentro del cual hay una serie de fuerzas en conflicto, manifestadas en pensamientos, emociones y conductas, que pueden generar un estado de ansiedad; para contrarrestar dicho estado, el individuo emplea mecanismos de defensa, que operan generalmente a nivel inconsciente, tales como la represión, la negación, la formación reactiva, la proyección, el desplazamiento, la racionalización y la sublimación; concibe a la enfermedad mental como una tentativa de ajuste de resolución de problemas que no pudieron solucionarse de una manera más satisfactoria en etapas previas del desarrollo psicosexual, hace especial énfasis en el pasado personal, en la sexualidad, y en las experiencias individuales (Bernstein, Nietzel, 1984, Ionescu, 1991)

Por tanto, la terapia bajo este modelo requiere de un procedimiento intensivo y a largo plazo, que ayude a desterrar recuerdos reprimidos, pensamientos, miedos y conflictos, que se supone se originan en los problemas acarreados por el desarrollo psicosexual temprano; intenta hacer conscientes los impulsos instintivos reprimidos productores de los síntomas neuróticos de modo que afloren libremente, y con ello lograr que la persona acepte una visión objetiva de sus capacidades, de la realidad y de los demás; se considera que el hacer consciente el material reprimido ayudará a los sujetos a prescindir de la necesidad de concentrar sus energías en el vacío de la represión y de otros mecanismos de

defensa; de tal forma que logre enfocar sus recursos de personalidad para soportar y resolver de manera consciente la ansiedad que facilitó la represión; de esta manera, sus energías se pueden reencaminar hacia a una óptima integración de la personalidad (Coleman, 1988; Greenson, 1989)

Bajo este modelo, la terapia con alcohólicos también se centra en buscar la causa del consumo de alcohol, pero se realiza a través de un análisis detallado de las etapas de su desarrollo psicosexual, misma que para ser eficaz, necesariament e debería ser intensa, abarcadora y prolongada (Berg y Miller, 1996)

2.3 Modelo del Aprendizaje Social

A diferencia del modelo psicodinámico, este modelo rechaza la visión determinista en la explicación de la conducta y pone especial énfasis en las condiciones ambientales, situacionales y sociales; dónde la mayoría de las conductas son susceptibles de ser aprendidas o alternadas mediante un proceso de aprendizaje (Bernstein y Nietzel, 1984)

Desde esta perspectiva las alteraciones mentales, se consideran como un conjunto de conductas maladaptativas aprendidas y reguladas por la cultura, en donde las normas, valores e historia de aprendizaje son factores determinantes para explicar la conducta, ya que a partir del grado en que éste se desvía se definen los criterios de la anormalidad (Rimm y Masters, 1974)

Los principios que rigen este modelo radican principalmente en que toda conducta es aprendida en un contexto determinado; el análisis de la conducta se realiza por lo tanto, tomando en cuenta la influencia medio ambiental más que otro tipo de influencias como las intra psíquicas. De esta forma, los principios psicológicos del aprendizaje son útiles para explicar y modificar las conductas, asignándole al individuo un papel activo en el cambio conductual (Ibíd)

Por consiguiente, el análisis experimental de la conducta puede ser una herramienta científica para ampliar el conocimiento sobre la evaluación, desarrollo y modificación de la conducta; en la cual la evaluación, el tratamiento y el pronóstico están íntimamente ligados a los resultados experimentales obtenidos con personas y animales. Por lo tanto, las conductas problemáticas no se consideran síntomas de alguna causa subyacente, sino que son el objetivo a tratar en sí mismo, y debido a que se vislumbra como aprendida en un contexto específico, no existe la posibilidad de que la persona sustituya síntomas. Como presupuestos centrales se encuentra el "aquí y el ahora", que a su vez coadyuva a plantear claramente los objetivos terapéuticos (Bernstein y Nietzel, 1984)

Entre los principales exponentes que desarrollaron el modelo en la práctica clínica, se encuentra Wolpe (1958), quién fundamenta su trabajo en el condicionamiento clásico aplicándolo principalmente al control de la ansiedad, aplicando los principios de aprendizaje basados en el Análisis Experimental de la Conducta.

Lazarus, en 1973 desarrolla el Basic id, que es un instrumento de evaluación que permite organizar información en las siguientes categorías: Conducta, Afectos, Sensaciones, Imaginación, Cogniciones, Relaciones Interpersonales y Drogas.

Bandura pone el acento de su trabajo en los procesos cognitivos vicarios como factor importante para el aprendizaje, señalando que la observación de una persona sobre un modelo puede ser suficiente para que el observador aprenda alguna conducta ejecutada por el modelo. Elabora el constructo hipotético hasta ahora más utilizado en el tratamiento para el alcoholismo, que es la Autoeficacia, basada ésta en las expectativas del observador como factor determinante para la consecución del aprendizaje (Bandura, Walters, 1982).

Dichos autores constituyen la base para el desarrollo de nuevas aproximaciones terapéuticas para el tratamiento de la conducta desadaptativa, tales como el Entrenamiento Asertivo, la Solución de Problemas de Meichembaum (1974), la Inoculación al Estrés, la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1973), el Autocontrol de la conducta de Mahoney (1974), Alto al pensamiento, la Desensibilización Sistemática de Wolpe (1958), la Terapia Implosiva, el Moldeamiento por Aproximaciones Sucesivas, la Extinción, el Tiempo Fuera, el Control de Estímulos Aversivos.

Este modelo constituye uno de los métodos de estudio de la conducta anormal que adquirió mayor difusión e influjo, y se perfiló como el modelo más utilizado para el manejo del consumo de alcohol, ya que ofrece, no sólo una formulación de la conducta anormal, sino además un programa bien definido de tratamiento que se funda en los mismos principios, basados en experimentos realizados con humanos y animales (Bernstein y Nietzel, 1984 y Price, 1981)

Sin embargo, este modelo se usa con frecuencia para tratar al consumo de alcohol, debido a que explica la forma en que se inicia y se mantiene dicho consumo a través de los principios del condicionamiento clásico y operante, aprendizaje social y observacional, y procesos cognoscitivos, como las creencias, expectativas y atribuciones (Gutiérrez y Ayala, 1995). De esta manera, la evaluación de las expectativas que se tienen de los resultados del uso del alcohol, proporciona información para comprender cómo se instaura la dependencia fisiológica, así como la programación del tratamiento (Marlatt, 1988; Annis y Davis, 1993; Ayala, Cárdenas Oviedo, Echeverría y Gutiérrez, 1995; Solis, Tapia, Gallardo, 1998)

De acuerdo a Marlatt, Bear, Donovan y Kivlahan (1988) la conducta adictiva, se caracteriza por los efectos de reforzamiento bifásico (una respuesta positiva inicial seguida por una respuesta negativa subsecuente), dicho autor ha desarrollado programas de tratamiento bajo esta perspectiva.

Es menester mencionar que en las últimas dos décadas, se ha observado un creciente número de investigadores que desarrollan programas de tratamiento basados en este modelo, los cuales cada día son más elaborados, debido en gran medida a la reconceptualización teórica del alcoholismo, pues no se considera como unicausal, sino como un problema multicausal, en el que se conjugan aspectos cognitivos que limitan la efectividad de los programas de tratamiento si se centran solo en el manejo de

contingencias y entrenamiento en relajación (Ayala, Cárdenas Oviedo, Echeverría y Gutiérrez, 1995)

Un ejemplo del desarrollo de nuevos tratamientos bajo el modelo de aprendizaje social, en el que se considera al alcoholismo como un problema multifactorial lo constituye el Tratamiento de Prevención de Recaídas de Annis (1986), el cual se centra en enseñar al alcohólico estrategias de afrontamiento en situaciones de alto riesgo en las que puede beber.

Otro ejemplo de los avances generados bajo este modelo lo constituyen los estadios de preparación para el cambio de Prochaska, Di Clemente y Norcross (1992), quienes trabajaron por 12 años con consumidores problemáticos de alcohol para identificar las siguientes cinco etapas de cambio:

1. Precontemplación.- Etapa en la cual los consumidores excesivos de alcohol no tienen ninguna intención de cambiar la conducta en los próximos 6 meses, ya que no hay una consciencia de los problemas que el consumo de alcohol les ha generado.
2. Contemplación.- Sucede cuando los consumidores excesivos de alcohol están conscientes de que tienen un problema y desean vencerlos, pero aún no están comprometidos para llevar a cabo la acción, sino que únicamente valoran los pros y los contras de continuar bebiendo y dejar de beber.
3. Preparación.- Consiste en una etapa en la cual se inician acciones para dejar de beber, constituyen los primeros movimientos hacia la abstinencia.
4. Acción.- En esta etapa los individuos modifican su conducta, sus experiencias y/o su entorno para dejar de beber, va desde un día hasta seis meses.
5. Mantenimiento.- Consiste en la etapa en la cual los usuarios de alcohol impiden una recaída y consolidan las ganancias conseguidas durante la acción, que indica una continuación de las acciones emprendidas en la etapa previa.

Dichos autores consideran que éstos estadios de preparación para el cambio influyen en el éxito o fracaso del tratamiento de acuerdo a la etapa de preparación para el cambio en la cual se encuentren los consumidores excesivos de alcohol. De forma particularmente importante es la identificación de los bebedores en mayor riesgo de abandonar su tratamiento y que generalmente esta en la fase de precontemplación o contemplación.

En suma, el modelo del aprendizaje social, descendiente directo de la teoría del condicionamiento operante, se basa en ciertos programas de intervención terapéutica donde, para explicar el fenómeno del alcoholismo parten del supuesto de que el sujeto se encuentra inmerso en el ambiente social compuesto por diferentes lugares, personas y situaciones; y que a lo largo de sus frecuentes exposiciones a una combinación de estos elementos y reforzado por la aceptación social que obtiene de sus contertulios o del propio efecto de la sustancia, ha aprendido que puede beber cada vez que se encuentre en dicha situación; sin embargo, como la sustancia además de tóxica es adictiva irá

aumentando el consumo en dichas ocasiones y eventualmente mas allá de ellas. Por lo tanto hay que inhibir la respuesta condicionada ante las situaciones de ries go. Dependiendo de la apertura del profesional puede combinar este procedimiento con alguna forma de manejo de la adicción biológica u otras similares. Todas las variantes surgidas de la teoría del E-R-C incluido el modelo cognitivo conductual comparten la plataforma epistemológica lineal progresiva a partir de la cual se construyen.

Bajo esta perspectiva, el alcoholismo se considera como un problema que tiene como solución el mantenimiento de la sobriedad, excluyendo la complejidad del alcoholismo como producto de un sistema relacional del alcohólico con los sistemas y el contexto en los que se encuentra inmerso; tal como se concibe bajo la epistemología recursiva, llamada también sistémica, circular o cibernética, que implica la relación entre la ecología y los sistemas totales congruentes con la interrelación, la complejidad y el contexto, misma que incluye en sus argumentos una serie de relaciones que vuelven a su punto de partida (Bateson, 1956 y Keeney, 1983); perspectiva donde surge la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) como una alternativa para el manejo del alcoholismo y a su vez constituye el eje central de la presente investigación.

4. Terapia Centrada en Soluciones

Toda construcción teórica emana de una epistemología de características particulares y el modelo de Terapia Centrada en las Soluciones (TCS) no es la excepción, tiene como base una epistemología no lineal, que vuelve al punto de partida; es decir, se retroalimenta o en una palabra es recursiva³, las propuestas que de ella se derivan son amplias, por lo que solo puntualizaré algunas características una de ellas, la de los sistemas cibernéticos⁴.

- ✓ Cualquier fenómeno es susceptible de describirse como sistema.
- ✓ Toda causa puede ser efecto de si misma.
- ✓ Es autocorrectivo
- ✓ Una autocorrección implica un nivel de abstracción lógico diferente que evita la paradoja.
- ✓ Su organización estructural es siempre conservadora.
- ✓ Si el punto anterior no se cumple, el sistema se destruye o configura en un nuevo sistema.
- ✓ El observador no es distinto de lo observado.

Bajo la epistemología cibernética el individuo es un sistema inmerso en un subsistema (familiar) y en un suprasistema (social), el cual se organiza para interactuar, construyendo y deconstruyendo sus experiencias, estos elementos constituyen la forma en cómo él conoce y organiza su pensamiento en categorías y conceptualizaciones de acciones, desarrolladas en un contexto preciso a partir de acciones simples, aisladas y observables, y las transforma en categorías de interacciones, compuestas por las pautas de interacción características en una relación ya sea simétrica o complementaria (Keeney, 1983)

Con esta óptica epistemológica, Bateson (1956) describe al alcoholismo como un problema relacional y contextual; es decir, define al problema como la forma en que el alcohólico estando sobrio se relaciona con su medio ambiente, en donde en un primer momento establece una relación simétrica en un contexto social; es decir, bebe con personas que tienen por convicción beber trago tras trago y de igual a igual; si n embargo, a medida que se convierte en dependiente y realiza esfuerzos por controlar su consumo, dicho contexto social le resulta difícil y trata de evitarlo, convirtiéndose entonces en bebedor solitario, que

³Al considerar una epistemología recursiva nos enfrentamos a una serie de problemas de tipo lógico, por ejemplo el hecho de parecer que nos introducimos en un círculo vicioso del cual es difícil salir; no obstante, este problema es superado gracias al trabajo de Nortver Winer sobre los dispositivos autocorrectivos y el trabajo de Withead y Russell (1913) al respecto de los tipos lógicos (Maturana, 1995).

⁴ Cibernética: rama de las matemáticas que se ocupa de los problemas del control, la recursividad y la información.

a su vez representa un desafío constante que implica el dejar de beber, ya que le genera conflictos con las personas que lo rodean, pues en su mayoría tienden a señalar el consumo de alcohol como una debilidad. Posterior a ello, sobrevienen los períodos en que logran dejar de beber, pero en su mayoría no se mantienen por tiempos prolongados, sino que recaen, propiciados por la idea generalizada de lograr controlar su consumo, lo cual evidentemente no funciona, y por el contrario, puede significar una arma letal para él si no se da cuenta de ello. Y para que logre darse cuenta de ello, en ocasiones, es necesario que experimente física, psicológica y/o socialmente las consecuencias de toda esta pauta de conducta, que le generó una cadena relacional de sucesos que lo llevaron a experimentar dichas consecuencias.

Por lo tanto, una de las formas para romper con la pauta de conducta que lo llevo a establecer constantemente una relación simétrica con el alcohol la representa el transformar dicha relación en complementaria; es decir, reconocer que el tener como meta vencer el consumo de alcohol en una relación de poder o desafío sería un fracaso, debido a que lo lleva nuevamente a demostrarse a si mismo que lo puede controlar y entonces ocurre una creencia generalizada de que “una copa no es ninguna”; en consecuencia, es necesario reconocer que no puede vencer el alcohol, sino que tiene que hacerlo parte del sistema en el que está inmerso; por lo tanto, lejos de vencerlo tendría que percibirse a sí mismo como carente de toda posibilidad de cambiar solo, reconociendo la influencia de los demás sistemas en su interacción con el medio, buscando alternativas para que el consumo de alcohol no represente un problema ni para él en términos de desafío, ni para las personas con quienes interactúa (Ídem).

Tanto la forma de visualizar el alcoholismo, como las características de los sistemas cibernéticos constituyen los principios epistemológicos en los que se sustenta el modelo terapéutico centrado en soluciones; sin embargo el quehacer clínico tiene sus raíces en el trabajo de Milton Erickson, quién a lo largo de su vida (1901 -1980) estuvo siempre interesado en hacer terapia más que en enseñar el contenido de un modelo (Robles, 1991), sus seguidores describen los siguientes presupuestos para el diseño de intervenciones:

- ✓ Toda persona tiene fuerzas y recursos que desconocen y el trabajo del terapeuta consiste en presentar al paciente ideas que le ayuden a llegar a algunas de esas potencialidades por si mismo.
- ✓ Utilizar lo que sea que los pacientes traigan a la terapia, si el paciente trae un estilo de vestir, úselo, si trae una orientación religiosa úsela.
- ✓ La psicoterapia debe ser un acto emocionalmente significativo.

Las características de la terapia Ericksoniana han contribuido a la construcción de modelos de terapia familiar, estratégica, al enfoque del Mental Research Institute, a la Programación Neurolingüística, y la Terapia Centrada en las Soluciones (TCS).

El modelo TCS se gesta en el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Wisconsin, con el trabajo de Steve De Shazer (1989/1992), Insoo Kim Berger y Scott

Miller (1996) quienes definen el trabajo del terapeuta como la búsqueda y catalogación de las actividades que conducen a los pacientes a encontrar soluciones.

Este modelo de terapia se caracteriza por centrarse en la información que el paciente proporciona, en el presente, en el futuro y ocasionalmente en el pasado; esto marca una diferencia con respecto a otros modelos de intervención que pretenden resolver la demanda o el conflicto a partir de contenidos inconscientes, de la información en el pasado o de la interpretación de elementos de comunicación de los sujetos.

El objetivo principal de la TCS consiste en construir soluciones que lleven al sujeto a una salida adecuada de sus conflictos y situaciones problemáticas a partir de expectativas, excepciones y situaciones pasadas, en las que logró resolver exitosamente una situación similar.

Todo proceso terapéutico se rige por premisas, según Berg y Miler (1996), de Shazer (1989/1992) y Beltrán y Mandujano (1999) las que subyacen a este modelo de terapia son las siguientes:

1. Énfasis en la salud mental y no en la enfermedad mental, este principio se traduce en sesiones terapéuticas en las que la atención se concentra en los éxitos de los usuarios en el manejo de sus problemas, se tiende a buscar lo que está bien y se trata de identificar cómo usarlo; este principio parte de la premisa de que las pautas sanas ya existen pero simplemente no se las ha reconocido, las cuales se vinculan a la solución. Se ponen de relieve, la capacidad, los recursos y sus habilidades y no sus carencias e incapacidades.
2. Utilización, consiste en aceptar el marco de referencia del usuario por el profesional a fin de trabajar dentro de él, a través de hacer uso de los recursos, habilidades, conocimientos, creencias, motivación, comportamiento, síntomas, red social, circunstancias e idiosincrasias personales de los pacientes para conducirlos a resultados que deseen lograr.
3. Una visión atórica / no normativa / determinada por el usuario, se omiten presunciones acerca de la "verdadera" naturaleza de los problemas que los usuarios experimentan como consecuencia del alcohol; a cambio observa la particular molestia del individuo; lo cual permite al profesional de la salud mental renunciar al rol de experto o maestro a favor del rol de estudiante o aprendiz, de tal manera que se indaga su singular manera de concebir la dolencia que lo llevo a buscar tratamiento y simplemente se acepta la visión del cliente en su significado literal.
4. Parquedad, se identifican los medios más simples y directos para llegar a la solución, en consonancia con la premisa de Ockam respecto a lo que se puede hacer con pocos medios falla si se hace con muchos, lo cual permite economizar los medios para lograr los fines terapéuticos.
5. El cambio es inevitable.- Se fundamenta en la noción de que el cambio forma parte de la vida hasta tal punto que los usuarios no pueden dejar de cambiar, nada sucede

siempre, si hay excepción a la regla, ya no es regla; por lo tanto, los cambios que se producen de manera natural se utilizan para llegar a una solución .

6. Orientación hacia el presente y futuro, en este aspecto se da preponderancia al ajuste de los clientes en el presente y en el futuro y no en el pasado, ello no quiere decir que lo que las personas comunican en el presente acerca de su pasado no sea considerado importante, por el contrario, se entiende que esa información es un reflejo de la manera en que los pacientes están viviendo sus vidas en el momento actual.
7. Cooperación, se refiere a trabajar junto con el otro, donde no solo el usuario coopera con el terapeuta, si no que éste también coopera con el usuario.
8. Filosofía Central
 - 8.1 Si no esta roto, ¡no lo componga!
 - 8.2 Una vez que sepa usted que es lo que funciona ¡haga más de lo mismo!
 - 8.3 Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡Haga algo diferente!

De acuerdo a Berg y Miler (1996), de Shazer (1989/1992) y Beltrán y Mandujano (1999) la TCS abarca las siguientes etapas:

1. Descripción del problema.- Se busca construir un problema a partir de conocer la forma en la que ocurren las relaciones del alcohólico con su entorno, a partir de observar la particular molestia de cada paciente acerca del consumo de alcohol; se pretende lograr una descripción conductual del fenómeno que refiere como motivo de consulta en una situación determinada, en un momento determinado a partir del aquí y el ahora.
2. Detectar excepciones.- Se buscan las ocasiones en las que la bebida no era problema, o bien en las que el problema no está presente, se busca identificar lo que el consumidor hace y resulta efectivo para mantenerse sobrio o para que el problema no se presente. Si no es posible detectar excepciones entonces se elaboran situaciones hipotéticas que las creen.

En esta fase se comienzan a vislumbrar objetivos debido en gran medida al deseo del consumidor por mantener lo que sucede cuando se presentan las excepciones.

3. Identificar la forma de cooperación del paciente para diseñar la intervención. - Se identifica si el paciente acude a tratamiento de forma involuntaria, es un visitante, es ambivalente, es demandante o bien acude voluntariamente y es un comprador abierto u oculto.
4. Definición de objetivos.- Se contratan objetivos que implican un cambio mínimo de conductas observables y alcanzables, ayudan al consumidor y al terapeuta a determinar las condiciones bajo las cuales el problema se considerará resuelto, éstos deben caracterizarse por tener importancia para el paciente, son formulados en términos de conductas limitadas, proponen la presencia de una situación, especifican

un comienzo, se compromete la participación del sujeto y son susceptibles de realizarse en su contexto de vida.

5. Construcción de la solución.- Una vez que se identificaron las excepciones, se ubicaron los recursos que el paciente posee y pone en práctica cuando el problema no se encuentra presente, se obtuvo de manera recursiva la pauta problemática y se trazaron las diferencias entre la pauta y cualquier excepción a ella; entonces, se procede a construir una solución significativa para el paciente a partir de transformar la excepción a regla, de cambiar el lugar de la pauta, el personaje involucrado, de interrumpir la pauta en términos del orden, de la introducción de un elemento nuevo, ya sea al inicio, al final o del incremento de su frecuencia. Las estrategias para diseñar la solución son amplias, por lo cual se describen con más detalle en el **Anexo 1** “Manual de Procedimientos”.

Es esta fase donde se conjuga la información de las sesiones previas, se identificaron los recursos potenciales de cada sujeto, su historia personal, la forma en la cual piensa y los significados que le otorga a sus relaciones interpersonales para construir la solución a partir del lenguaje de cada paciente,

6. Evaluación de la intervención.- Se lleva a cabo con una escala de valoración del paciente y consiste en preguntar: “En una escala de 1 a 10, donde 1 significa la gravedad de su problema antes de venir aquí y 10 la mejoría, ¿dónde se ubica en este momento?, ¿Qué hace falta para pasar de esta calificación a otra?, y a su vez, es to permite identificar cómo ampliar y mantener los cambios que se han logrado con las sesiones.
7. Cierre del proceso terapéutico.- Consiste en resumir los cambios realizados durante el proceso terapéutico, haciendo énfasis en los recursos que le permitieron lograrlos y orientar a futuro las soluciones posibles a cualquier problemática que surgiera a fin de ubicarlo como parte de ellas, así como realizar una evaluación del terapeuta y del proceso, dejando abierto el espacio en el momento en que lo considere necesario.

Debido a lo extenso que resulta cada una de las etapas, considero pertinente tanto teórica como metodológicamente detallarlas en el **Anexo 1** “Manual de Procedimientos”.

En el Cuadro 1 se destacan los presupuestos centrales para cada uno de los modelos propuestos hasta el momento, se considera la conceptualización del alcoholismo, su explicación, principios teóricos y principales técnicas de intervención.

Cuadro I
Modelos de Intervención Para el Alcoholismo

<i>Modelos</i>	<i>Explicación</i>	<i>Principios</i>	<i>Evaluación</i>	<i>Procedimiento</i>	<i>Técnicas</i>
<i>Psicodinámico</i>	Conflicto no resuelto en alguna de las etapas de desarrollo psicosexual o una inadecuada evolución de las estructuras yóicas	Énfasis en los estadios de desarrollo psicosexual, y en la estructura de la personalidad	Análisis detallado de las etapas de desarrollo psicosexual	Intensivo y a largo plazo para hacer conscientes los impulsos instintivos reprimidos productores de los síntomas neuróticos	Análisis de los sueños Interpretación y asociación libre. Análisis de la trasferencia, catarsis e insigth
<i>Médico</i>	Enfermedad biológica, cuantifica síntomas	Describe entidadesgnosográficas aceptadas por todos los clínicos e investigadores de posturas teóricas diferentes	Manual De Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de Estados Unidos de Norteamérica y el I.C.D. 10 de la OMS	Realiza un diagnóstico y pronóstico para reestablecer la salud en cada caso en particular	Farmacológico. Manejo de la apetencia, intoxicación y abstinencia. Consejo médico
<i>Aprendizaje Social</i>	Aprendido por reforzamiento bifásico. Las expectativas del uso del alcohol facilitan la dependencia fisiológica	Condicionamiento Clásico y Operante. Procesos de aprendizaje vicarios. Principios de Autoeficacia Expectativas	Análisis experimental de la conducta. Basic id Estadios de preparación para el cambio. Mecanismos de afrontamiento a situaciones de riesgo	"Aquí y el ahora". Individuo como ente activo en el cambio conductual. Las conductas problemáticas son susceptibles de ser aprendidas o alternadas mediante aprendizaje	Asertividad, Solución de Problemas, Inoculación al Estrés, TRE, Autocontrol, Alto al pensamiento, Entrevista Motivacional, Desensibilización Sistemática, Terapia Implosiva, Prevención de Recaídas
<i>Sistémico</i>	Es una relación simétrica, hay esfuerzos por controlar el consumo, logrando periodos de abstinencia cortos y recaídas frecuentes; se viven las consecuencias físicas, psicológicas y/o sociales	Distinción, puntuación, marco de referencia, causalidad circular, retroalimentación, calibración, autoreferencia, Axiomas de la Comunicación	Descripción del problema. Clasificación de la forma. Descripción del proceso	Fija objetivos que representen un cambio mínimo y fácil de lograr por parte del cliente. Alteración de pautas de interacción	Instituto de Investigaciones Mentales de Palo Alto, Terapia Estratégica, Terapia Centrada en las Soluciones, Instituto de Terapia Familiar de Milán

3.1 Investigaciones de efectividad clínica en la Terapia Centrada en Soluciones

Desde sus inicios la TCS ha recibido amplias críticas, por lo cual resulta ser un modelo controvertido en gran parte al considerar a las evidencias que existen sobre su eficacia como puramente teóricas y derivadas de la experiencia clínica subjetiva. Se aduce asimismo que carece del respaldo empírico de la investigación experimental y que la evidencia existente la han proporcionado los fundadores o los estudiantes formados con el equipo del Centro de Terapia Familiar Breve (Osborn y Johanson, 2001)

Tanto los integrantes del grupo de Milwaukee, como investigadores clínicos externos han realizado diversas aportaciones con respecto a la efectividad del modelo, en un primer momento De Shazer (1985) reportó que el 82% de los pacientes que siguió durante un periodo de 6 a 18 meses mejoraron considerablemente con un promedio de 5 sesiones por caso, para 1986, el mismo autor a la par de sus colaboradores reunieron 400 casos de 1978 a 1983 y obtuvieron 72% de éxito con un promedio de 6 sesiones por paciente.

En un intento por concentrar evidencias empíricas que respaldaran la eficacia de la TCS a través de resultados de investigaciones efectuadas a escala internacional, Gingerich (2000) reportó 15 estudios realizados con diferentes grados de control metodológico en problemas de depresión, habilidades parentales, rehabilitación en pacientes ortopédicos, recaídas en reclusos, adolescentes con problemas de conducta antisocial, consejería en estudiantes de secundaria, grupos escolares, entrenamiento para supervisores, terapia de pareja, problemas de abuso de alcohol, funcionamiento familiar, consejería en familiares de pacientes en consulta externa y servicios sociales públicos, llevados a cabo en diferentes Ciudades de Estados Unidos de Norte América, Canadá, Finlandia, Suecia y España.

En el Cuadro II se resumen algunas de las investigaciones realizadas en el ámbito de la efectividad del modelo. Para fines del objetivo de la presente investigación se excluyen los reportes de investigaciones en torno al entrenamiento de terapeutas (Triantafillou, 1997 y Sudman, 1997) supervisiones en la TCS (Flemons, Green, Rambo, 1996 y Rudes, Shilts y Berg, 1997) evaluación del las diferentes estrategias del modelo (Nau, y Shilts, 2000 y Rosenberg, 2000) y validación de escalas para clínicos del modelo (Osborn y Johanson, 2001) pero no por ello dejan de aportar evidencias sólidas con respecto al funcionamiento del modelo.

En la literatura internacional, de 1985 al 2000 se encontraron 19 reportes de investigaciones realizadas con diferentes grados de control metodológico, 63% se efectuaron con una muestra mayor o igual a 30, el 42% tuvo seguimiento de 3 meses o más al concluir el tratamiento, el 53% empleó escalas, cuestionarios o índices con datos de confiabilidad y validez para medir los resultados, el 26% utilizó indicadores como recaídas, número de copas consumidas, frecuencia de consumo y el resto sólo señaló la satisfacción del tratamiento o resolución del motivo de consulta y el 100% de las investigaciones reportaron resultados similares o mejores a tratamientos tradicionales empleados para cada problemática, con un promedio de 5 sesiones.

El 42% de las investigaciones reportaron resultados directos o indirectos sobre el consumo de alcohol o drogas; de estos estudios, sólo el 25% se llevaron a cabo con una muestra muy reducida, de 1 y 5 sujetos, el resto se llevaron a cabo con un mínimo 40 y un máximo de 132 sujetos.

Excluyendo los reportes del equipo de Milwaukee con respecto a los resultados directos o indirectos sobre la incidencia en el consumo de alcohol, llama la atención los resultados reportados en 4 investigaciones.

El primero, por la magnitud de sus resultados y de la muestra, lo constituye la investigación de Isebaert (1999) realizada en un Centro de Tratamiento de Bélgica para Alcohólicos, dicho autor, empleó la TCS en 132 sujetos, 89 masculinos y 43 femeninos, divididos en dos grupos de acuerdo al motivo de consulta: Control del consumo de alcohol o abstinencia, llevó a cabo un seguimiento telefónico y encontró que el 40% logró la abstinencia, el 30% controló su consumo, bebiendo de 1 a 3 copas al día, y/o menos de 10 copas ocasionalmente, el 14% incrementó su consumo o recayó y el 10% murieron; las personas que optaron por lograr la abstinencia reportaron mejores resultados que aquellas que optaron por controlar su consumo, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas; en tanto que el 27% de las personas que optaron por controlar su consumo lograron la abstinencia; no observó diferencias estadísticamente significativas en las personas con diferentes puntajes en el Muenchner Alcohol Test (MALT), o por variables sociodemográficas que influyeran en la modificación del consumo.

El segundo estudio lo constituye el de Reuterlov et al. (2000) en Suecia, quienes evaluaron el efecto de la TCS entre las sesiones en 129 sujetos con problemas de consumo de alcohol y drogas y encontraron que el 79% reportó mejoría de la primera a la segunda sesión; resultados que son congruentes con el supuesto de que los cambios más grandes tienen lugar en las primeras sesiones.

El tercer estudio lo constituye el de Beyebach et al. (2000) de España, quienes evaluaron el efecto de la TCS en la resolución del motivo de la demanda y satisfacción con el tratamiento en 83 casos y encontraron que el 80% de los sujetos se vieron beneficiados, el 65% resolvieron su motivo de consulta, el 100% estuvieron satisfechos con el tratamiento que recibieron y el 100% tuvieron éxito en los problemas de adicciones; encontraron que a mayor número de sesiones mejor es el resultado.

Finalmente, llama la atención por el tipo de población el estudio de Lindfors y Magnusson (1997) de Suecia compararon el efecto de la TCS con una intervención institucionalizada estandarizada en 60 reclusos con elevadas tasas de recaídas en problemas de disciplina y de consumo de drogas; encontrando una diferencia porcentual en las recaídas de 23 y 26 del grupo control con respecto al grupo experimental a 12 y 16 meses de seguimiento.

El 100% de las investigaciones revisadas coinciden en que es necesario emplear medidas estandarizadas a fin de hacer comparables los resultados de la TCS con otros modelos de intervención, contar con manuales de intervención que reduzcan la variabilidad en

los procedimientos terapéuticos, utilizar muestras no menor a 50 sujetos, emplear en la medida de lo posible un grupo control para comparar el efecto de la intervención, realizar un seguimiento mayor a 3 meses después del tratamiento y efectuar análisis estadísticos pertinentes que respalden los hallazgos.

Si bien es cierto que los hallazgos obtenidos en los 19 reportes de investigaciones internacionales no son suficientes, ni concluyentes para documentar completamente la eficacia de la TCS, si aportan un respaldo inicial para ser considerada como un modelo de tratamiento alternativo, el cual puede aportar resultados equivalentes o mejores a los de terapéuticas tradicionales para cada problema de salud mental; para ello es necesario realizar investigaciones delineadas en el terreno de la eficacia del modelo.

Es menester considerar que hasta el momento la investigación sobre la TCS se ha realizado en diferentes países del continente americano y europeo, en las que México se perfila como una de las tantas excepciones a causa de la carencia de investigación es con esta orientación en el terreno del alcoholismo.

Considerando tanto los elementos teóricos que brinda la TCS para diseñar intervenciones de acuerdo a las características individuales, sociales y culturales de cada persona y la noción de alcoholismo que subyace a la epistemología de la cual emerge, como los hallazgos reportados en la literatura internacional, resulta de gran interés evaluar la TCS en población mexicana.

Cuadro II

Investigaciones en el Modelo de Terapia Centrada en Soluciones

<i>Autores</i>	<i>Año</i>	<i>Muestra</i>	<i>Seguimiento</i>	<i>Variables</i>	<i>Resultados</i>	<i>Sesiones</i>
De Shazer	1985	28 casos	6 a 12 meses después del tratamiento	Nivel de mejoría en el motivo de consulta	82% reportó que el motivo de consulta mejoró considerablemente	Media de 5
De Shazer, et al.	1986	400 casos, de 1978 a 1983	6 a 18 meses después de tratamiento		72% de éxito	Media de 6
Sundstrom	1993	40 casos con diagnóstico de depresión	10 días después de tratamiento	Puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck y número de síntomas de depresión	La TCS es efectiva para reducir la depresión al igual que la Psicoterapia Interpersonal para la Depresión	1
Littrell, Malia & Vanderwood	1995	61 estudiantes de 9 a 12 grado de High School	2 a 6 semanas después de la sesión inicial	Grado de preocupación para resolver problemas, sentimientos y pensamientos indeseables	Disminución en el nivel de preocupación, intensidad de sentimientos, acciones y pensamientos indeseables. Mayor énfasis en los logros	1
Mason, Chandler y Grasso	1995	5 abusadores de alcohol	1 año	Frecuencia de consumo y número de copas	3 sujetos bebieron moderadamente, 1 tuvo problemas recurrentes y 1 recayó	4
Polk	1996	1 sujeto de 36 años	Evaluaciones durante el tratamiento	Número de días laborados y de abstinencia por semana	Incremento de 1 a 3 días de abstinencia y de 4 a 6 días laborados	6
Zimmerman et al.	1996	30 padres con sus hijos adolescentes	30 días después del tratamiento	Puntuaciones en el Inventario de Habilidades Parentales	Diferencias estadísticamente significativas en comunicación y límites, rol y objetividad	6
Kok & Leskela,	1996	1 mujer con diagnóstico de depresión mayor	Tiempo de internamiento	Síntomas de depresión Intensidad y frecuencia de lesiones auto inflingidas.	Disminución en los síntomas de depresión, en la severidad y frecuencia de las lesiones auto inflingidas	No se especifica
LaFountain & Garner	1996	57 consejeros estudiantiles	Al finalizar el tratamiento	Puntuaciones en el Índice de Características de Personalidad	Diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de autoestima, formas apropiadas de afrontamiento emocional	8
Cockburn, Thomas & Cockburn	1997	48 personas con problemas ortopédicos	7 y 30 días después del tratamiento	Puntuación en la escala de evaluación personal orientada a crisis familiar	Diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de adaptación y apoyo psicosocial	6
Lindfors & Magnusson	1997	60 prisioneros	12 y 16 meses después del tratamiento	Tasas de recaídas y problemas de disciplina	53 y 60% para el primer y segundo seguimiento en TCS, en el grupo control fue de 76 y 86%, respectivamente	Media de 5
Seagram	1997	40 adolescentes con problemas de conducta antisocial	6 meses	Puntuaciones en la Escala Psicológica de Carlson, consumo de drogas y recaídas	Incremento en solución de problemas, mantenimiento de cambios, optimismo a futuro, empatía. Reducción de conductas antisociales y consumo de drogas. 20% de recaídas y 42% para el grupo control	10

Cuadro II Continuación
Investigaciones en el Modelo de Terapia Centrada en Soluciones

<i>Autores</i>	<i>Año</i>	<i>Muestra</i>	<i>Seguimiento</i>	<i>Variables</i>	<i>Resultados</i>	<i>Sesiones</i>
Eakes, et al.	1997	10 esquizofrénicos y sus familiares	Al finalizar el tratamiento	Escala de Funcionamiento Familiar	Incremento significativo en las dimensiones de expresividad, actividades recreativas	5
Zimmerman, Prest & Wetzel	1997	23 parejas	Al finalizar el tratamiento	Puntuaciones en las Escalas de Adaptación Diádica y de Satisfacción Marital y autoreporte	Incremento significativo en las puntuaciones de ambas escalas con respecto al pre test mayor que el grupo control	6
Franklin et al.	1997	3 familias con hijos adolescentes	3 meses después del tratamiento	Escala de Cohesión, Adaptación y Satisfacción Familiar	Diferencias estadísticamente significativas en cada una de las escalas al finalizar el tratamiento	4
Lambert, Okiishi, Finch & Jonson	1998	72 pacientes de consulta externa con problemas de salud mental	Al finalizar el tratamiento	Eficiencia del tratamiento de trastornos afectivos, adaptativos, abuso de sustancias y ansiedad. Cuestionario de resultados	36 y 46% se recuperaron después de 2 y 7 sesiones, respectivamente. A diferencia del 2 y 18% de recuperación con terapia ecléctica para el mismo número de sesiones y se requirieron 26 sesiones para que el 46% se recuperara en esta modalidad	De 2 a 7
Isebaert	1999	132 pacientes, 89 masculinos y 43 femeninos	Seguimiento telefónico, 4 años después de concluir tratamiento	Puntuaciones en el Muenchner Alcohol Test (MALT) Patrón de consumo: Abstinencia, consumo controlado (1-3 copas diarias, >10 copas ocasionalmente)	46% lograron la abstinencia, 30% controlaron su consumo, 14% lo incrementaron y 10% murieron. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las personas con diferentes puntajes en el MALT	No se especifica
Beyebach, et al.	2000	83 casos	De 6 meses a 1 año después de su última cita	Resolución del motivo de consulta, satisfacción con el tratamiento y tratamientos adicionales	El 65% resolvieron el motivo de su consulta, 100% de éxito en problemas de adicciones, 91% en ansiedad y 78% en depresión. 100% reportaron estar muy satisfechos, 11% consultaron otro profesional, a mayor número de sesiones mejor es el resultado	Promedio de 5 sesiones
Reuterlov, et al.	2000	129 sujetos con problemas de consumo de alcohol y drogas	Durante el tratamiento	Mejoría durante el tratamiento de una sesión a otra.	El 79% mejoró de la primera a la segunda sesión, en el 21% restante no se observó mejoría entre sesiones, o empeoró su situación.	Promedio de 4.5 sesiones

Parte II. Investigación

1. Planteamiento del Problema

En México desde la década de los setentas existe una amplia documentación con respecto a la magnitud del consumo de bebidas alcohólicas a través de Encuestas Nacionales, desde entonces se hizo patente que el uso de bebidas embriagantes representa uno de los principales retos de salud pública debido no solo a consecuencias originadas por el consumo, sino también al deterioro en diferentes áreas de funcionamiento de la vida cotidiana de los usuarios.

A la fecha se han realizado cuatro Encuestas Nacionales de Adicciones de 1988 al 2002; en donde se reportan los cambios en la magnitud del consumo de alcohol, a través de indicadores como proporción de bebedores, patrones de consumo, dependencia y problemas asociados. De estos indicadores, llama la atención el incremento en la proporción de bebedores de la primera a la última encuesta de 53.5 a 64.9 (SSA, IMP, INEGI).

El dato más reciente con respecto a la magnitud del consumo de alcohol en nuestro país se reportó en la última Encuesta Nacional de Adicciones del año 2002, en la que se documenta la existencia de 11,035, 262 bebedores altos (15.8%) 3,226,490 consumidores consuetudinarios (4.6%), 2,841,303 de personas con dependencia al alcohol (4.1%) y con relación a los problemas asociados a su consumo, 2,343,719 (3.4%) usuarios reportaron comenzar una discusión con su esposo(a) o compañero(a) cuando bebieron.

En el análisis por indicadores en el consumo de alcohol se observó una diferencia importante en la proporción de dependencia alcohólica entre hombres y mujeres de 18 a 65 años de 8.3 y .64%, respectivamente y en los bebedores consuetudinarios, ya que mientras en los hombres fue de 10.4%, en las mujeres no alcanzó en 1%.

En cuanto al patrón de consumo se observó que de la mayor proporción de bebedores fuertes se ubicó entre los usuarios de 40 a 49 años, en tanto que el mayor porcentaje de bebedores consuetudinarios fue de los 30 a 39 años de edad; ambos en edades económicamente productivas.

Al analizar las diez principales causas de muerte en nuestro país por sexo y grupos de edad, se observó que las tres primeras causas en hombres de 15 a 29 años fueron accidentes, agresiones u homicidios y lesiones autoinflingidas, mientras que para las mujeres fueron accidentes, tumores malignos y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Para las mujeres de 30 a 64 años de edad la primera y segunda causa de mortalidad fueron tumores malignos y diabetes mellitus, respectivamente; en los hombres la primera causa de mortalidad fue la enfermedad alcohólica y otras enfermedades crónicas del hígado, la segunda fueron los accidentes y a diferencia de los demás grupos de edad, el síndrome de dependencia al alcohol figura como novena causa (INEGI, 2003).

México se encuentra entre uno de los primeros lugares en Latinoamérica en cuanto a la tasa de mortalidad por cirrosis hepática, con tasas de 30.7 muertes por 1000,000 habitantes. Al realizar un análisis de las tasas de mortalidad por cirrosis hepática

asociada y no asociada al consumo de alcohol de 1970 a 1996, se observa en la primera un incremento de 8 a 22 muertes por cada 100,000 habitantes; mientras que en la segunda hay un decremento de 15 a 10 muertes por cada 100, 000 habitantes (OMS, 1990, Edwards et al, 1994, SSA, 1998).

Las estrategias del Sector Salud para abordar este problema de salud pública consisten en el diseño de políticas y programas de intervención en los tres niveles de atención a fin de modificar las condiciones de vida generales de la población y reducir los problemas de salud inherentes al consumo de bebidas embriagantes.

El consumo de alcohol se presenta independientemente del sexo, edad y posición socioeconómica en diferentes proporciones y bajo características socioculturales distintas; dadas estas diferencias, no existe un modelo de intervención único que pretenda modificar dicho problema, por el contrario, hay una amplia gama de modelos de intervención que intentan reducir o eliminar el consumo de alcohol y mejorar el funcionamiento personal y social del usuario.

Como consecuencia de la diversidad de intervenciones existentes, se torna inminente identificar el modelo de intervención óptimo para cada usuario a fin de producir un cambio en la dinámica del consumo de alcohol y de sus problemas asociados.

Resulta imposible elegir adecuadamente un modelo de intervención si se carece de respaldo empírico acerca de sus resultados, una vía para lograrlo es a través de instrumentar mecanismos de evaluación que permitan delimitar las condiciones y características necesarias bajo las cuales una intervención terapéutica resulta exitosa para modificar el curso del alcoholismo.

La Terapia Centrada en las Soluciones (TCS), se gesta bajo la óptica de la epistemología sistémica y constituye una alternativa diferente a las que tradicionalmente se han utilizado para el tratamiento del consumo de alcohol, debido en primer lugar a que compromete al terapeuta a buscar actividades que conducen a los consumidores de alcohol a encontrar soluciones eficaces a partir de descripciones del problema desde la voz del usuario; y en segundo lugar, considera al usuario de alcohol como un individuo que establece interacciones de forma particular de acuerdo a su contexto, por lo tanto, el problema consiste en la manera en que el alcohólico estando sobrio se relaciona con su entorno y repercute en su consumo.

Aún cuando la TCS constituye una alternativa para el tratamiento del consumo de alcohol, la mayoría de las investigaciones realizadas tanto a escala nacional, como a escala internacional, son bajo un modelo de aprendizaje social, el cual considera al alcoholismo como un problema que tiene como solución el mantenimiento de la sobriedad, y no como un síntoma, producto de los sistemas relacionales que el alcohólico mantiene con su entorno; esto, en la experiencia clínica se ha observado que matiza el desarrollo, la manifestación y el curso del alcoholismo.

Los resultados de la TCS se han documentado en diferentes países de América y de la Comunidad Europea, pero los hallazgos que aportan resultan ser insuficientes para

considerarse un tratamiento óptimo para modificar el consumo excesivo de alcohol en población mexicana, no solo por la carencia de investigaciones encaminadas a evaluar el modelo en consumidores de alcohol, sino porque las que existen se llevan a cabo bajo la óptica del modelo de aprendizaje social (Campillo et al 1992, Ayala et al, 1995, Solís y Cordero, 2001 y Barragán et al, 2005)

Preguntas de Investigación:

Considerando los planteamientos anteriores y en la medida que en la práctica clínica se ha observado que los consumidores de alcohol acuden a solicitar tratamiento por dos motivos: cambiar su nivel de consumo de alcohol y modificar los problemas asociados a su consumo; entonces de estos aspectos se desprenden las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuál es la efectividad de la Terapia Centrada en Soluciones en dependientes al etanol a lo largo de doce meses?
2. ¿Existen diferencias en la efectividad de la Terapia Centrada en Soluciones en dependientes al etanol entre los que pretenden modificar su nivel de consumo y quienes buscan modificar los problemas asociados a éste, doce meses después de la última sesión de terapia?
3. ¿Cuáles son las variables que se relacionan con los resultados de la Terapia Centrada en Soluciones en dependientes al etanol?

2. Justificación

En México la dinámica y magnitud del consumo de bebidas embriagantes se conoce desde el último tercio del siglo veinte bajo la óptica metodológica de encuestas en hogares, las cuales permitieron delimitar al uso de alcohol como una de las principales tareas de la salud pública a escala nacional debido no solo a consecuencias, sino también al deterioro en las diferentes áreas de funcionamiento de la vida cotidiana del usuario.

Los análisis derivados de cada una de las encuestas reflejan la magnitud tanto del consumo de bebidas embriagantes, como la de los problemas derivados de dicho consumo, y deja entrever, sin minimizar el consumo en las mujeres, que la población mayormente afectada son los hombres en edades económicamente productivas y con edades de inicio de consumo de alcohol cada vez más tempranas.

El INEGI, en el 2003 reportó que las enfermedades asociadas directa o indirectamente al consumo de bebidas embriagantes figuran entre las diez principales razones de mortalidad en nuestro país, en población general. Por ejemplo, la enfermedad alcohólica y otras enfermedades crónicas del hígado representaron la quinta causa, en tanto que accidentes, agresiones u homicidios figuraron en la cuarta y décima causa, respectivamente.

Los datos presentados son particularmente importantes debido, en primer lugar, a que tanto hombres como mujeres mueren en edades económicamente productivas por accidentes en los cuales la participación del consumo de bebidas embriagantes es innegable; y en segundo lugar, porque mientras las mujeres, en su mayoría, fallecen por enfermedades crónico degenerativas como enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus, los hombres mueren por agresiones u homicidios, lesiones autoinflingidas, enfermedad alcohólica y otras enfermedades crónicas del hígado y síndrome de dependencia al alcohol.

Los costos derivados en los Sistemas de Salud ven mermados por la atención y servicios a enfermedades asociadas al consumo excesivo de alcohol; por ejemplo, para 1994 dichos costos representaron el 9% del total del peso de la enfermedad en México. En ese mismo año, el costo total de las intervenciones en los servicios de urgencias por problemas relacionados con el consumo de alcohol en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México en un periodo de 11 meses ascendió a poco más de 17 millones de pesos (Rosovsky, Narváez, Borges y González, 1992; Rosovsky, Casanova, Gutiérrez y González, 1994; Frenk, 1995, Rosovsky, 1997 y López y Rosovsky, 1998)

A causa de la magnitud del deterioro en la salud física, psicológica y social que el consumo excesivo de alcohol origina, los sistemas de salud están obligados a generar respuestas que mejoren la calidad de vida de los consumidores y reduzcan los costos directos e indirectos derivados de la atención a problemas relacionados con el uso excesivo de alcohol; a través de implementar acciones de atención que incidan en la salud desde sus determinantes básicos, estructurales y próximos, así como en la susceptibilidad individual desde el ámbito de la prevención, hasta el terreno del diagnóstico y tratamiento.

Las estrategias del sector salud se han encaminado al diseño de políticas y programas de intervención en los tres niveles de atención; sin embargo, existe un amplio vacío con respecto a si dichas intervenciones son un factor causal en el cambio producido por el consumidor y la manera en la cual dicho cambio se produce después del tratamiento; y una vía para conocerlo es a través de la evaluación de resultados, misma que resulta inexorable omitir no solo en el nivel de los programas, sino de las intervenciones de cada servicio de atención.

La importancia de evaluar los resultados de las intervenciones radica en aportar datos que permiten retroalimentar y seleccionar intervenciones terapéuticas óptimas a los consumidores de alcohol a fin de elevar su calidad de vida, mejorar los servicios y programas dirigidos a modificar el curso del alcoholismo, y por ende permite a mediano y largo plazo reducir los costos directos e indirectos de la atención a los problemas asociados al consumo excesivo de alcohol.

3. Modelo Conceptual

El cuadro III constituye el modelo conceptual que se evalúa en la presente investigación; el cual muestra la relación entre las variables que afectan directa e indirectamente los resultados de la terapia después de 12 meses de seguimiento.

Evaluar los resultados de las intervenciones es un procedimiento sistemático que consiste en la recolección objetiva de datos acerca de cómo el individuo y sus circunstancias cambiaron después de recibir tratamiento y si éste fue un factor causal en el cambio producido por el usuario.

Considerando que la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) es una alternativa terapéutica que requiere de respaldo empírico para conceptualizarse como un modelo óptimo en poblaciones específicas; entonces, conocer los resultados de dicha terapia en dependientes al etanol constituye el objetivo general del presente estudio.

En consonancia con los hallazgos reportados en estudios internacionales acerca de las variables que definen la efectividad de una intervención en consumidores de alcohol, se eligió como un indicador de impacto a la sobrevivencia; es decir, la probabilidad de que un paciente no recaiga y modifique los problemas asociados al consumo de alcohol (efectividad) a lo largo de los doce meses de seguimiento.

La probabilidad de que los sujetos recaigan y continúen con los problemas asociados a su consumo se halla mediada por el número de sesiones, número de servicios a los que asistió durante el tratamiento y otros tratamientos para alcoholismo recibidos durante o después de la intervención. (Ver Cuadro II)

Los resultados de la intervención se determinan por la demanda de atención por parte del consumidor, diferenciándose el cambio en los niveles de consumo, a través de abstenerse o reducirlo y, el cambio en los problemas que el consumo le causó, los cuales derivan a su vez en la demanda de atención y constituyen la variable independiente.

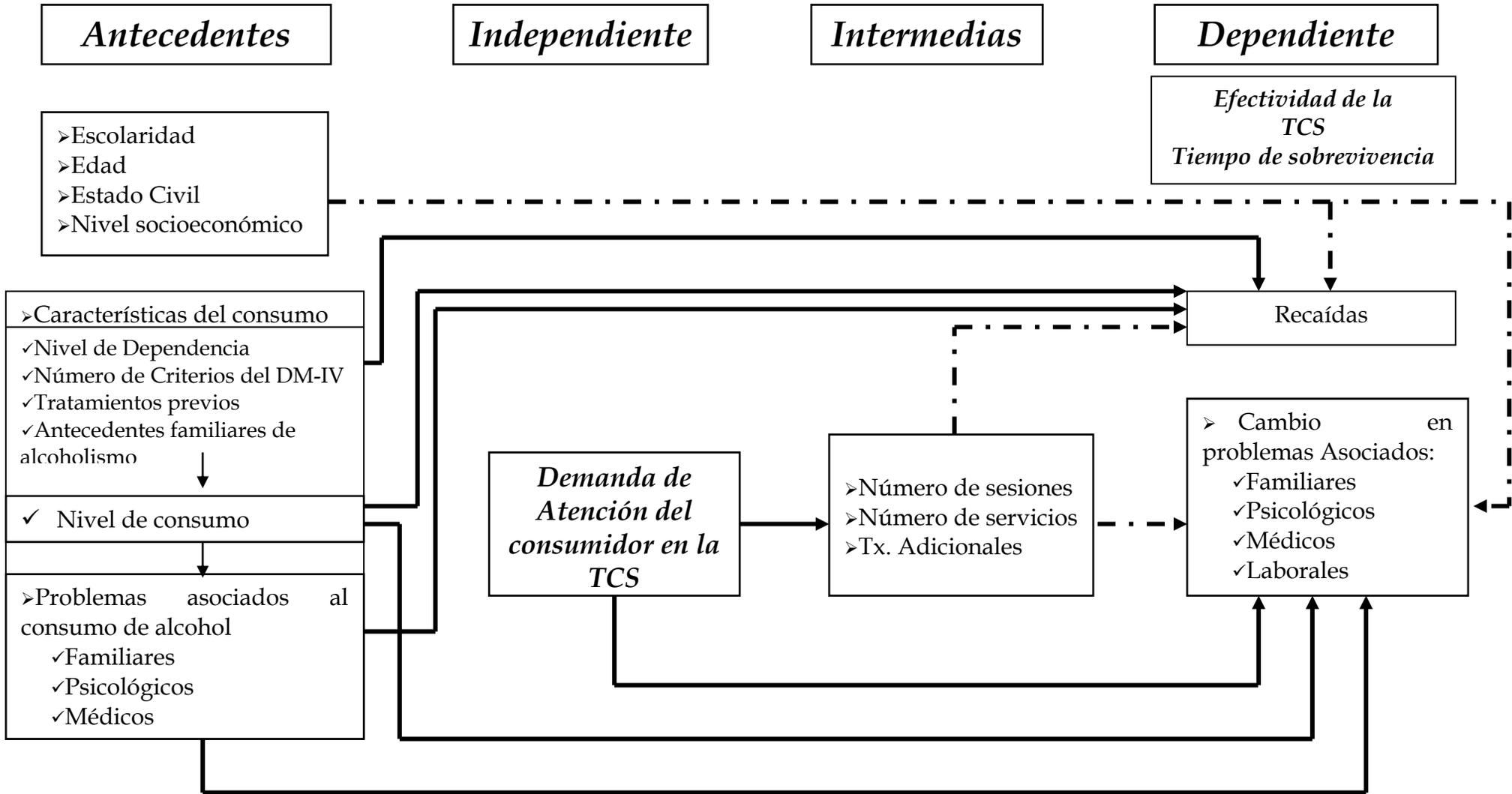
Debido a la importancia de conocer la manera en cómo el dependiente al etanol y sus circunstancias cambiaron después del tratamiento, tanto el niveles de consumo, como sus problemas asociados se midieron antes de su ingreso a la terapia, mismas que conforman la línea base del estudio, son parte de las variables antecedentes, y, se supone se hallan asociadas a la sobrevivencia.

Otras de las variables antecedentes o de ingreso, son las sociodemográficas conformadas por edad, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico, las cuales guardan una relación indirecta con las recaídas y con el cambio en los problemas asociados, pero no son determinantes en la efectividad de la intervención.

Como parte de las variables de ingreso, se encuentran las variables características del consumo de alcohol, definidas a partir del nivel de dependencia, número de criterios del DSMIV, antecedentes de tratamientos y antecedentes familiares de alcoholismo, a diferencia de las variables sociodemográficas, estas variables influyen directamente en la efectividad de la intervención.

La probabilidad de que los sujetos recaigan y continúen con los problemas asociados a su consumo bajo la TCS, varía según su demanda de atención, es mediada por el número de sesiones y de servicios que asistió durante la intervención, así como por los tratamientos para el alcoholismo que recibieron durante o después del tratamiento y se determina por variables inherentes al consumo de alcohol; en tanto que las variables sociodemográficas influyen de manera indirecta en los resultados.

Cuadro III
Modelo Conceptual



4. Objetivos e Hipótesis

Objetivo General

Conocer la efectividad de la Terapia Centrada en Soluciones en personas dependientes al etanol a lo largo de doce meses.

Objetivo específicos

Determinar las diferencias en la efectividad de la TCS en dependientes al etanol entre quienes solicitan atención para modificar sus niveles de consumo y los que buscan cambiar los problemas asociados al consumo de alcohol a lo largo de doce meses.

Determinar las variables asociadas a la efectividad de la TCS en dependientes al etanol.

Hipótesis

Las hipótesis principal de esta investigación considera que las recaídas y los problemas asociados al consumo de alcohol se modifican significativamente por la TCS aplicada a dependientes.

Existen diferencias estadísticamente significativas en la efectividad de la TCS entre quienes solicitan atención para modificar sus niveles de consumo y los que buscan cambiar los problemas asociados al consumo de alcohol.

La efectividad de la TCS en dependientes al etanol se encuentra determinada por la demanda de atención, niveles de consumo, nivel de dependencia, antecedentes de tratamientos previos y número de criterios del DSM-IV.

5. Método

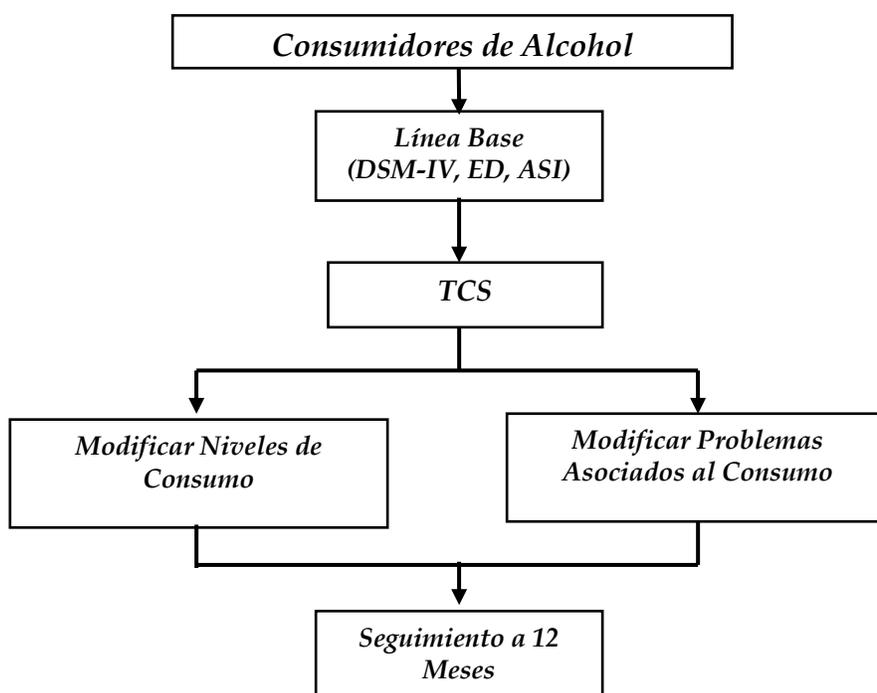
1) Diseño de la Investigación

Esta investigación es un estudio cuasi experimental en tanto se carece de selección y asignación aleatoria de los sujetos participantes; es comparativo en tanto se estudian dos grupos, entre los dependientes al alcohol que demandan atención para modificar sus niveles de consumo y aquellos que buscan modificar los problemas asociados a su consumo.

Es importante señalar que en un principio, para evaluar la efectividad de la intervención en este estudio, se consideró incluir a un grupo control, el cual se definiría por otro tipo de psicoterapia; sin embargo, debido a las dificultades logísticas y temporales se decidió no incluirse; por este motivo, se eligió al motivo de consulta para definir grupos y el diseño de esta investigación se esquematiza en la Figura 1; el cual es longitudinal de tipo O_1 -X- O_2 , donde O_1 representa la línea base de los consumidores, X constituye la Terapia Centrada en Soluciones y O_2 es el cambio de los consumidores a 12 meses de la última sesión de terapia.

Figura 1

Diseño O_1 -X- O_2



2) Escenario

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, entre sus

objetivos principales se encuentran la terapéutica y la investigación en alcohólicos, se encuentra funcionando desde 1974 y atiende en promedio 9000 consultas anuales, cuenta con una participación multidisciplinaria por parte de Psicólogos, Psiquiatras, Terapeuta Familiar, Médicos, Enfermeros y Trabajadoras Sociales, que conjuntamente facilitan el manejo del paciente alcohólico; cuenta con 4 Consultorios de Psicología, 2 de Psiquiatría, 2 de Medicina, 1 de Terapia Familiar, 1 de Trabajo Social, 1 Unidad de Desintoxicación, 1 de Investigación y 1 Sala de Juntas.

3) *Universo de Estudio*

El universo de estudio se conformó por consumidores de alcohol de 18 a 50 años de edad que acudieron al CAAF a solicitar tratamiento de abril del 2002 a abril del 2003.

4) *Unidad de Análisis*

La unidad de análisis fueron dependientes al etanol de 18 a 50 años de edad que acudieron al CAAF a solicitar tratamiento de abril del 2002 a abril del 2003, quienes consumieron alcohol en el último año y brindaron su consentimiento informado por escrito.

5) *Muestra*

La muestra se integró por 60 consumidores de alcohol seleccionados intencionalmente, quienes cubrieron los criterios de Dependencia al Etanol según en DSM-IV, acudieron por primera vez al CAAF a solicitar tratamiento y brindaron su consentimiento informado por escrito.

La muestra se dividió en 30 dependientes al etanol que acudieron al CAAF en busca de modificar su nivel de consumo y 30 dependientes que pretendían modificar los problemas asociados a su consumo.

6) *Operativo de Campo*

De acuerdo al diseño de la investigación, el operativo del campo se divide tres fases, la primera concierne a la línea base, la segunda corresponde a la aplicación de la intervención y la última se conforma por el seguimiento a doce meses después de la última sesión de terapia; mismas que se describen a continuación.

Primera Fase: Línea Base

La línea base se estableció a través de un proceso de evaluación, que dió inicio en Abril del 2002 y concluyó en Abril del 2003.

Cuando los consumidores de alcohol acudieron al CAAF a solicitar tratamiento por primera vez, fueron entrevistados por un especialista y se les interrogó sobre sus datos

sociodemográficos, frecuencia y cantidad de consumo en el último año, antecedentes de tratamientos para el consumo de alcohol, número de periodos de abstinencia en los últimos cinco años, síntomas de dependencia y necesidades de tratamiento.

Una vez realizada la primera entrevista, el profesional que la llevó a cabo expuso cada caso en junta clínica, en la que se identificaron a los candidatos a participar en el estudio y se les programó una cita a Psicología, en donde se les aplicó el mini examen del estado mental. Se seleccionaron a los dependientes al etanol que presentaron puntuaciones mayores a 23 y proporcionaron por escrito su consentimiento para participar en el proyecto de investigación (ver Anexo 1 Consentimiento Informado)

A los dependientes con puntajes menores o iguales a 23 se les excluyó de la investigación y se les programaron citas a cada uno de los servicios del CAAF sin que ello implicara un retraso en su atención.

Los dependientes que presentaron puntajes mayores a 23 se les aplicó el Índice de Severidad de la Adicción (ASI), versión CAAF y se les programó su primera cita a terapia de acuerdo a disponibilidad del consumidor.

Segunda Fase: Intervención

La fase de aplicación de intervención tuvo lugar de mayo del 2002 a Agosto del 2003, en ella se eliminaron de la investigación a los pacientes que se evaluaron y no se presentaron la sesión previamente programada.

Con los usuarios que asistieron a la primera sesión de tratamiento se trabajó con el modelo de Terapia Centrada en las Soluciones siguiendo el Manual de Procedimientos diseñado, el cual se detalla en el Anexo 2, esto permitió estandarizar la intervención entre los terapeutas participantes.

Cada una de las sesiones fue grabada en audio y video, solicitando para ello nuevamente el consentimiento de cada uno de los participantes en la investigación; la asistencia se registró en el expediente de control interno del CAAF.

Básicamente la intervención se resume en las siguientes fases:

1. Descripción del problema.- Se construye un problema a partir de conocer la forma en la que ocurren las relaciones del alcohólico con su entorno, se pretende busca lograr una descripción conductual del fenómeno que refiere como motivo de consulta.
2. Búsqueda de excepciones.- Identificar las ocasiones en las que el problema no está presente.
3. Construcción de situaciones hipotéticas.
4. Se identifica la forma de cooperación del paciente para diseñar la intervención, si es visitante, ambivalente, demandante o si es un comprador abierto u oculto.
5. Definición de objetivos.- Se contratan objetivos que implican un cambio mínimo de conductas observables y alcanzables.

6. Construcción de la solución.- Se generó una solución efectiva, según las fases previas.
7. Evaluación de la intervención, a través de una escala de valoración del paciente.
8. Cierre del proceso terapéutico.- Se resumen los cambios realizados durante el proceso terapéutico, se hace énfasis en los recursos que le permitieron lograrlos.

Una vez cubierto el objetivo acordado con el terapeuta se dio por concluido el proceso terapéutico y se programó una sesión de seguimiento a los 12 meses.

Tercera Fase: Seguimiento

Considerando la última sesión de terapia de cada unidad de análisis, el seguimiento se realizó de Mayo del 2003 al mes de Agosto del 2004; en esta fase se aplicó nuevamente el ASI versión CAAF, se interrogó sobre su patrón de consumo, tiempo de abstinencia, tratamientos para el alcoholismo que recibieron durante o después del proceso terapéutico, satisfacción con la intervención y si recomendaría el servicio.

Para llevar a cabo el seguimiento se consideró que durante la fase de intervención los participantes que interrumpieron su proceso y por lo tanto, no todos ellos concertaron la fecha de la siguiente evaluación, por lo cual se realizó una llamada telefónica después de 6 meses de su última sesión de terapia a fin de concertar una cita o bien llevar a cabo la entrevista por esta vía.

A los sujetos que concluyeron y no se presentaron a su entrevista de seguimiento se les llamó vía telefónica a fin de concertar una nueva cita para ello, o bien realizarla a través de la llamada.

A los participantes que concluyeron, y aquellos quienes interrumpieron su proceso terapéutico y por diversas razones no se les localizó se entrevistó un familiar que viviera con él en los últimos tres años.

Se detectaron a los participantes que habían proporcionado datos falsos o cambiaron de domicilio y se registraron como datos perdidos, en tanto fue imposible llevar a cabo el seguimiento y obtener datos acerca de los resultados de la intervención.

Tanto a los sujetos que concluyeron su tratamiento, como a los que lo interrumpieron y solicitaron nuevamente atención, ya sea en el área de Psicología, o bien algún otro servicio adicional del CAAF, se les reprogramaron sus citas.

7) Instrumentos

La información se recolectó con diferentes instrumentos, de acuerdo a cada una de las fases del operativo de campo; cada uno de los cuales se muestra en el Anexo 3 "Instrumentos".

a) Pre Consulta y Consulta Inicial del CAAF

Como parte del procedimiento de ingreso de los consumidores al CAAF se emplea una cédula de preconsulta y de consulta inicial; en la primera se interroga acerca de los datos sociodemográficos, zona de procedencia y residencia, motivo de consulta y expectativas de tratamiento; para fines de la presente investigación solo se extrajeron los datos correspondientes a edad, escolaridad y estado civil; en la segunda, se indaga respecto a la historia de consumo de alcohol, frecuencia y cantidad de consumo, tipo de bebida, historia de tratamientos previos, antecedentes de abuso sexual, tiempo de consumo, problemas médicos, psiquiátricos, psicológicos, familiares y legales, de estos datos solo se retomaron los correspondientes a forma de consumo e historia de tratamientos previos.

b) Mini Mental State Examination, Versión Castellana

El Examen Breve del Estado Mental (Mini Mental State Examination, MMSE) diseñado por Folstein, Folstein y McHug (1975) para cuantificar el grado de demencia o delirio de los pacientes psiquiátricos, neurológicos y geriátricos.

El MMSE evalúa de forma rápida funciones como orientación, memoria inmediata y diferida, atención, cálculo, lenguaje y escritura; se compone de 11 reactivos, que suman un total de 30 puntos y requiere de 5 a 10 minutos para su aplicación.

El punto de corte adecuado para diagnosticar alteraciones cognitivas en pacientes psiquiátricos se determinó en 23 con sensibilidad de 87% y especificidad 82%, a diferencia de la estandarización original, en la cual se consideró en 24 puntos. (Folstein et al, 1975, Depaulo et al, 1980; Anthony et al, 1982 y Crum et al, 1993)

En poblaciones hispano parlantes, se ha encontrado que la ejecución del MMSE se ve afectada por variables correspondientes al nivel educativo, edad y grupo étnico. (Fillenbaum et al, 1990; Hill et al, 1993 y Launder et al, 1993)

En México, Ostrosky-Solis, López-Arango y Ardila (1999) evaluaron la influencia de la edad y escolaridad del MMSE en 430 sujetos neurológicamente intactos, cuya edad osciló entre los 16 y 85 años y encontraron que el nivel de escolaridad juega un papel muy importante en su ejecución; de tal manera que los sujetos de escolaridad nula tuvieron un desempeño tan bajo como aquéllos con demencia severa; en tanto que los puntajes de los individuos con escolaridad de 1 a 4 años fueron semejantes a los de demencia leve.

En lo que respecta a los niveles de sensibilidad y especificidad, reportaron que éstos varían conforme al nivel educativo, de tal manera que los sujetos con escolaridad nula o baja, la especificidad disminuye de 86% a 50%, comparados con sujetos con 5 a 9 años de escolaridad.

Bajo las evidencias que respaldan al MMSE como un instrumento breve, útil y de fácil aplicación para la detección de alteraciones cognitivas en sujetos con cinco años de escolaridad o más; en la presente investigación se empleó como instrumento de tamizaje

para seleccionar a los candidatos sin daño cognitivos que dificultara su entendimiento de la TCS, considerando para ello al 23 como punto de corte.

c) Escala de Dependencia al Etanol

La Escala de Dependencia al Alcohol formó parte de los instrumentos empleados para caracterizar la línea base del estudio, es un instrumento diseñado por Skinner, Horn, Wanberg y Foster en 1984, a partir de sus investigaciones desarrolladas desde los años setentas en la ciudad de Toronto en Canadá sobre el Modelo Síndrome-Múltiple de Alcoholismo, noción en la que se fundamenta la escala.

En un inicio se diseñó el Inventario de Uso de Alcohol, se organizó jerárquicamente con base en los síntomas de deterioro asociados al consumo en las áreas de funcionamiento físico, intelectual, social y psiquiátrico; se conformó por 147 reactivos auto aplicables, agrupados en 24 escalas: 16 primarias, 5 secundarias y 3 terciarias, las pruebas de consistencia interna en investigaciones desde los años setentas fue de .75, en tanto que las pruebas de validez documentan la capacidad del instrumento para discriminar entre pacientes crónicos en tratamiento y los que no se encuentran en tratamiento. (Wanberg, Horn y Foster, 1977 y Skinner y Allen, 1983)

Las pruebas de consistencia y validez del Inventario, dieron pie al diseño de la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) en 1984 por Skinner y Allen, demostrando ser un instrumento útil en el diagnóstico diferencial de los Alcohólicos, permite identificar necesidades específicas, y en consecuencia planificar una intervención para cada tipo de paciente.

La EDA cuantifica las diferencias individuales en el grado de deterioro físico, psicológico y social ocasionado por el consumo de alcohol y diferencia cuatro niveles de dependencia, de acuerdo a las siguientes puntuaciones:

Puntuaciones	Niveles de Dependencia
8-13	Bajo
14-21	Moderado
22-30	Sustancial
31-51	Severo

Para 1994 Willenbring y Bielinski evalúan la EDA en 61 pacientes masculinos de consulta externa en una clínica especializada en problemas médicos asociados al consumo de alcohol, toman como estándar de oro a los Criterios del DSM-III-R, reportan sensibilidad de .83 y .77, especificidad de .46 y .69 con puntos de corte de 1 y 2, respectivamente, la consideran ideal para emplearse como instrumento de tamizaje, para detectar bebedores problema y llevar a cabo una intervención temprana.

En México se adaptó y se utiliza en algunas investigaciones con consumidores de alcohol (Ayala et al, 1997, Ayala, 1998 y Barragán et al, 2005) Solís y colaboradores (2006)

encontraron que el instrumento es sensible en la diferenciación de los niveles de dependencia, pues al ser comparado con los criterios del DSM-IV y con un punto de corte de 8, la EDA mostró una alta sensibilidad y especificidad (96/98) con adecuados intervalos de confianza, valores predictivos bastante altos (95/90) y proporcionó el 94% de diagnósticos acertados entre todos los efectuados, exactitud bastante alta; así mismo, presentó una consistencia interna global de .96 con el coeficiente de confiabilidad de Cronbach.

d) Índice de Severidad de la Adicción

Tanto en la primera, como en la tercera fase se empleo el Índice de Severidad de la Adicción (Addiction Severity Index, ASI) de McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980; este instrumento propone a la evaluación de la severidad de la adicción como un concepto a considerar en el diagnóstico de los pacientes adictos; se basan en la existencia de complicaciones observadas en los adictos; evalúa la necesidad de tratamiento del adicto en relación a la afectación que sufre el individuo en las esferas médica, psiquiátrica y psicosocial como consecuencia del consumo de sustancias concepto acuñado desde finales de los años 70.

El ASI ha demostrado su confiabilidad y validez como instrumento clínico y de investigación (Torres de Galvis, 1993; Daepfen et al, 1996; McDermott,1996;Appleby et al, 1997; Carey et al, 1997) ya que fue diseñado para evaluar los múltiples problemas que se observan en personas dependientes al alcohol o alguna droga que buscan tratamiento.

Se emplea para corroborar el curso del postratamiento, debido a que a través de la evaluación de severidad de la adicción se obtiene el grado de afectación en 7 áreas frecuentemente deterioradas en personas que abusan de sustancias que producen dependencia, tales como: estado médico general, situación laboral o financiera, uso de alcohol, uso de otras sustancias, situación legal, familiar y social, estado psicológico/psiquiátrico; también se relaciona con la cobertura de las necesidades debido a razón de que permite aparejar los pacientes con los servicios de tratamiento (McLellan et al, 1980) .

Las valoraciones de cada área ofrecen al clínico un perfil de riesgo con estimaciones generales confiables y válidas del estado real de los problemas que padecen los dependientes tanto a polisustancias, como al alcohol, consideradas a partir del grado de molestia o preocupación que le causa al paciente la afectación de cada área afectada y de la importancia que tiene para el mismo recibir tratamiento y asesoría profesional en cada una de dichas áreas. (Hodgins et al, 1992, Torres de Galvis, 1993)

El ASI es una entrevista estructurada con duración de 40 a 60 minutos por personal entrenado, diseñada para evaluar el problema de la severidad en cada una de las áreas mencionadas, en las cuales se interrogan preguntas objetivas que miden el número, la extensión y la duración de los síntomas problema a lo largo de la vida del paciente y en el último mes, así como también es adecuada para llevar a cabo evaluaciones de

seguimiento o post-tratamiento, formula calificaciones de: severidad baja, valores entre 0 - 3, severidad media entre 4 - 6 y severidad alta entre 7 - 9 (McLellan, Luborsky, Cacciola et al, 1985)

Según las investigaciones de McLellan et al (1980 y 1985) la confiabilidad interobservador para establecer el puntaje de severidad va desde $r = 0.84$ a 0.99 , con una confiabilidad prueba-reprueba en un intervalo de 3 días, de 0.92 o más y con una concordancia promedio de 0.89 . Los puntajes por subescalas, se reportaron de la siguiente manera: Médica 0.89 , Laboral 0.84 , Alcohol 0.88 , Drogas 0.95 , Legal 0.89 , Familiar 0.93 , Psicol./Psic. 0.93 ; la validez discriminante de las subescalas del ASI tuvieron confiabilidades de 0.84 o superiores.

El índice se ha evaluado en diferentes países tanto de la comunidad europea, por ejemplo, Alemania y España; como de América por citar a Canadá, Colombia, Costa Rica y México (McLellan, Lubrosky, O'brien y Woody, 1980; Torres, 1985; Sandi y Ávila, 1989; Fernández et al, 1999)

En la región hispano parlante, los desarrollos más relevantes están representados por las versiones hispana, colombiana y costarricense del Índice de Severidad de las Adicciones.

En la versión Colombiana, se llevó a cabo la traducción y adaptación cultural y se realizó la prueba piloto en 4 instituciones de tratamiento; en cada una de ellas se reclutaron entre 10 y 40 pacientes de cada una, durante 4 semanas; al final de esta fase, se hicieron algunos ajustes al manual de aplicación; un año y medio posterior, se continuó con la aplicación del instrumento para el estudio de la confiabilidad y validez.

Murrelle, 1991 y Torres de Galvis, 1993 documentaron claramente una validez fuerte para cada una de las 7 áreas. La evaluación de la severidad de cada grupo de preguntas que configuran las 7 áreas, salvo algunas excepciones, presentó una dirección predictiva y un comportamiento de dosis respuesta para el gradiente esperado, con un valor de $p < .05$. Se concluyó que se demostró la validez concurrente de la versión colombiana del ASI.

En 1988, en Costa Rica, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia de San José decidió adaptar al contexto costarricense el instrumento de versión Colombiana y se denominó Índice de la Gravedad de la Adicción, para lo cual se llevó a cabo un estudio piloto con 50 pacientes y en el estudio propiamente dicho se entrevistaron a 100 sujetos de sexo masculino de 18 a 64 años, 51 casos y 49 controles.

El objetivo del estudio fue determinar la eficacia del instrumento mediante su sensibilidad (capacidad de detectar a los sujetos con problemas) y su especificidad (capacidad de detectar a los sujetos que no presenten problemas) para ello se aplicó la prueba de χ^2 con corrección de Yates y se obtuvo una tendencia a presentar índices de gravedad mayores en los casos que en los testigos, en particular en las áreas de: uso de alcohol, familia, laboral y estado psicológico, con una correlación significancia de 0.001 ; esto permitió a los autores demostrar la validez del instrumento para diferenciar a la población afectada de la no afectada y para medir la gravedad y la necesidad de

tratamiento de los problemas resultantes de la adicción en las áreas consideradas. (Sandí y Ávila, 1989)

En México, recientemente se trabajó en la adaptación de este instrumento en el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INP), esta versión valora con 121 reactivos las 7 áreas problemas mencionadas (Solís, Fragoso y Cordero 2001) se eligió esta versión para emplearse en la presente investigación. A continuación se describe cada una de las áreas del ASI versión CAAF.

- 1) *Estado Médico General*: hospitalizaciones por problemas médicos, se incluyen sobredosis y delirium tremens, en tanto que se excluyen desintoxicaciones o problemas psiquiátricos; enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, epilepsia, etc., y agudas que no sean derivadas del consumo de alcohol y se presentaron en el último mes.
- 2) *Situación laboral o financiera*: nivel de escolaridad, número de años reprobados, profesión u ocupación, periodos de permanencia en un trabajo de tiempo completo, contribución de un familiar a su sustento sin considerar instituciones, tipo de trabajo durante los tres últimos años y el último mes, ingresos, número de dependientes económicos y número de días en que ha tenido problemas en el trabajo en el último mes como consecuencia del consumo de alcohol.
- 3 y 4) *Uso de drogas/ alcohol*: consumo de drogas y alcohol a lo largo de vida y en los últimos 30 días, alcohol, cualquier cantidad y hasta la embriaguez, vía de administración, consumo de dos o más sustancias al mismo tiempo, periodos de abstinencia de cada una de las sustancias de consumo, hospitalizaciones por delirium tremens o sobredosis con drogas, número de tratamientos previos, egresos en el último mes por consumo de sustancias y número de días con problemas causados por su consumo de alcohol y drogas en los últimos treinta días.
- 5) *Situación legal*: tratamiento sugerido por alguna instancia jurídica, presencia de libertad condicional, diversos delitos cometidos en el último año y a lo largo de la vida, presencia de sentencias, número de veces acusado de desorden o intoxicación en vía pública, manejar en estado de ebriedad, violaciones graves de tránsito, detenciones, tiempo de encarcelamiento, participación en actividades ilegales, detenciones o encarcelamiento en el último mes.
- 6) *Familia y relaciones sociales*: estado civil, tiempo de permanecer en su estado, personas con las que ha vivido en los últimos tres años, actividades en el tiempo libre y seres con quienes lo comparte; número de días con presencia de problemas serios con su familia y/u otras personas en el último mes; presencia de periodos prolongados con problemas serios a lo largo de la vida y en los últimos treinta días, especificando el tipo de vínculo con ellas.
- 7) *Estado psicológico/ psiquiátrico*: número de veces que se ha tratado como paciente externo u hospitalizado; presencia de síntomas o trastornos psiquiátricos que no se

deriven del consumo y/o suspensión de alcohol o drogas, tales como depresión severa, angustia, alucinaciones, problemas para entender, concentrarse, memorizar, controlar conductas violentas, ideas o intentos suicidas. Tratamientos farmacológicos previos. Número de días en el último mes con síntomas psiquiátricos. Al momento de la entrevista se especifica si el paciente se muestra obviamente deprimido, ansioso, agresivo o si presenta ideas delirantes o suicidas.

Es necesario considerar que esta versión constituye un trabajo incipiente y se encuentra en proceso de validación; sin embargo, se decidió emplear debido a que ha demostrado ser un instrumento clínico y de investigación válido, confiable y sensible en países hispano parlantes (Sandí y Ávila, 1989; Murrelle, 1991; Torres de Galvis, 1993 y Fernández et al, 1999).

8) Variables

a) Variable Dependiente

Efectividad de la Terapia Centrada en Soluciones

La mayoría de los estudios respecto a efectividad de las intervenciones, así como las sugerencias de las investigaciones realizadas en el modelo, coinciden en que es necesario incluir un grupo control para evaluar efectividad; esto se consideró al inicio del estudio; sin embargo por limitantes temporales y logísticos esto no fue posible.

Por lo anterior, se retomaron los planteamientos de la OMS(2000) acerca de que la evaluación del resultado de una intervención consiste en la recolección objetiva de datos acerca de cómo el dependiente al etanol y sus circunstancias cambiaron después de ser tratados y si éste fue un factor causal en el cambio producido por el usuario.

Bajo la óptica de esta investigación, la efectividad de la TCS se define como el tiempo transcurrido desde que un dependiente asiste a la última sesión terapia hasta que presenta una recaída y continúa con los problemas asociados al consumo de alcohol.

Para medir esta variable, se registró el tiempo exacto en el cual un paciente aumentó a los patrones de ingestión previos a su tratamiento, y además la puntuación en el ASI se mantuvo como al principio o se incrementó.

Debido a que el registro se hizo en meses, esta variable es de razón.

b) Variables de Ingreso o Antecedentes:

Las variables de ingreso o antecedentes constituyen la línea base del estudio y se midieron en la entrevista inicial al momento de llegar a solicitar tratamiento en el CAAF.

1. Variables Sociodemográficas:

- *Escolaridad.*- En consecuencia con el último año de estudio, se obtuvieron tres niveles: Básico, corresponde a primaria y secundaria, Medio Superior, concierne a preparatoria y técnica , y Superior, se refiere a licenciatura y/o postgrado.

Constituye una variable ordinal

- *Edad.*- En años cumplidos al momento de su ingreso al estudio; es una variable numérica discreta.
- *Estado Civil.*- Variable politómica de categorías; solteros, casados o unión libre y separados, viudos o divorciados.
- *Nivel socioeconómico.*- Se define a través de una entrevista estructurada en la que interroga sobre indicadores como ingresos y egresos familiares, tipo de vivienda, ocupación, lugar de residencia y número de enfermos en el núcleo familiar, asignándose el nivel en función de la puntuación obtenida en la entrevista de la siguiente manera:

Nivel 1: 13 a 24 puntos

Nivel 2: 25 a 36 puntos

Nivel 3: 37 a 52 puntos

Nivel 4: 53 a 68 puntos

Nivel 5: 69 a 84 puntos

Nivel 6: 85 a 100 puntos

Mientras menor sea la puntuación asignada, más bajo es su nivel socioeconómico. Debido a que se desconoce la distancia exacta entre un nivel socioeconómico y otro, esta variable se considera como ordinal.

2. Variables Características del Consumo, son las variables inherentes al consumo de alcohol y se definen por las siguientes:

- *Nivel de Consumo de Alcohol,* debido a que la muestra con la que se trabajó era dependiente, con formas de consumo muy distintas a las de la población general, entonces se generó este indicador a partir de la frecuencia o de número de días de consumo por semana y la cantidad o número de copas consumidas por semana. Para obtener esta información se preguntó respecto al tipo y cantidad de bebida consumida semanalmente.

A este indicador le corresponde un nivel ordinal, ya que al analizar tanto la frecuencia, como la cantidad, se obtuvieron tres niveles de consumo:

Nivel de consumo bajo: Consumidores de 6 a 20 copas de uno a tres días por semana.

Nivel de consumo medio: Consumidor de 6 a 20 copas de cuatro a siete días a la semana.

Nivel de consumo alto: Consumidores de más de 20 copas de uno a siete días a la semana.

- *Nivel de Dependencia.-* Skinner y Allen (1982) la definen como el grado de deterioro asociado al consumo en las áreas de funcionamiento físico, intelectual, social y psiquiátrico; medida a través de la Escala de Dependencia al Etanol, misma que la clasifica en baja, moderada, sustancial y severa.

Consiste en una variable ordinal.

- *Número de Criterios del DSM-IV.-* De acuerdo al DSM-IV, la dependencia al etanol es un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que produce un malestar significativo, durante un periodo de un año continuo, expresado por tres o más de los siguientes síntomas:

1. *Tolerancia:* Ingesta de cantidades mayores para conseguir el mismo efecto, o disminución del efecto con el consumo continuado.
2. *Abstinencia:* Signos y síntomas propios de la abstinencia; ingestión de alcohol o sustancias parecidas para alivio de los signos y síntomas de abstinencia.
3. *Uso compulsivo:* Tomar por períodos mas largos de lo que originalmente se pretendía
4. *Descontinuación:* Deseos o esfuerzos infructuosos para controlar el consumo
5. *Estrechamiento del campo conductual:* Invertir mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de alcohol.
6. *Reducción máxima del campo conductual:* Reducción de actividades sociales, laborales y familiares como consecuencia del consumo.
7. *Percepción de daño:* Continúa tomando a pesar de tener conciencia de la existencia de problemas ocasionados por el alcohol.

Debido a que la muestra del estudio es dependiente y al menos cumple tres criterios de Dependencia, se consideró de 4 a 7 síntomas como los valores de esta variable en una escala de razón.

- *Problemas Asociados al Consumo de Alcohol,* se midieron a través del Índice de Severidad de la Adicción de McLellan, versión CAAF (2001) el cual determina la necesidad de tratamiento en las áreas de: estado psicológico y psiquiátrico, estado médico general, relaciones familiares y sociales, situación laboral, legal, uso de alcohol y drogas, en relación al grado de afectación en cada una de ellas.

Debido a que la muestra fue de dependientes al alcohol, se excluyeron las áreas de uso de alcohol y drogas, así como la situación legal por ser un área con validez externa escasa; por lo tanto para obtener el cálculo de la severidad total solo se consideraron las cuatro áreas restantes.

El instrumento tiene puntajes brutos de uno a siete, pero los agrupa en tres niveles de necesidad de tratamiento: bajo, medio y alto, por lo cual se ubica en un nivel ordinal.

- *Antecedentes de Tratamientos.*- Variable nominal dicotómica, que denota la presencia o ausencia de tratamientos a los que acudió para solicitar tratamiento para el consumo de alcohol, previos a su ingreso al CAAF.
- *Antecedentes Familiares de Alcoholismo.*- Variable nominal dicotómica, que manifiesta la presencia o ausencia de problemas de consumo de alcohol en la familia de origen de dos generaciones previas.

c) Variable Independiente:

Demanda de atención del dependiente al etanol en la Terapia Centrada en Soluciones, definida por el motivo que orilló al consumidor a solicitar consulta:

1. Modificar niveles de consumo.
2. Modificar los problemas asociados al consumo de alcohol.

Es una variable nominal.

d) Variables Intermedias:

Corresponde a las variables que caracterizaron la intervención y al seguimiento:

- *Número de sesiones*, variable de razón e indica el número total de sesiones de terapia a los que acudieron los dependientes.
- *Número de servicios*, debido a que en el CAAF se brinda atención integral a los dependientes en servicios como Medicina, Psiquiatría, Terapia Familiar y de Pareja; entonces, se registraron el número de servicios a los que asistió cada sujeto.

Se trata de una variable de razón.

- *Tratamientos adicionales*, se registraron los tratamientos para el consumo de alcohol que recibió el sujeto a la par de la TCS o después de la última sesión de terapia en el CAAF.

Variable nominal dicotómica, con categorías de “presencia” y “ausencia”, para registrar la primera se consideraron a los servicios de Alcohólicos Anónimos, Oceánica y curanderos como tratamientos.

9. Plan de Análisis

El análisis estadístico se efectuó consonante a las siguientes etapas:

1. Descripción de la muestra: Se delineó la muestra a la luz de las variables sociodemográficas, características del consumo de alcohol, de la intervención y al seguimiento. Las variables categóricas se describieron con frecuencias y proporciones; en tanto que las de razón se caracterizaron con las medidas de tendencia central y de dispersión.

Los análisis correspondientes para esta fase se empleó el Statistical Package for the Social Sciences for Windows, (SPSS, Release 10.01).

2. Análisis de Sobrevida: Este análisis considera como variable respuesta al tiempo que transcurre entre un evento inicial y un evento final (falla) que ocurre cuando el individuo presenta la característica para terminar el estudio (recaída, recuperación), considera las pérdidas al seguimiento (censuras) como información parcial sobre la variable de interés (tiempo de falla), mientras que en otros análisis estadísticos esta información se ignora, con este análisis, éstas se incorporan (Willet y Singer, 1994; Wright, 1999)

La variable respuesta para este estudio se construyó a partir del momento en que el paciente se presentó a su última sesión de terapia hasta que recayó y modificó o no los problemas asociados al consumo de alcohol; esto representa la sobrevivencia, definida como la probabilidad de que un paciente no recaiga y modifique los problemas asociados al consumo de alcohol (efectividad) a lo largo de los doce meses de seguimiento

Las censuras se definieron como: a) sujetos que no recayeron y modificaron sus problemas a lo largo de un año de seguimiento y b) los sujetos de quienes se carece información al seguimiento.

Para la descripción del tiempo en el que se presenta una recaída y se mantienen los problemas asociados al consumo de alcohol, se utilizó la tabla de vida; mientras que el método de Kaplan-Maier se empleó para estimar los valores de la sobrevivencia en cada una de las variables predictoras, y se efectuó la prueba estadística de log-rank (Willet y Singer, 1994; Wright, 1999)

Se decidió llevar a cabo este análisis debido a dos motivos: el primero, corresponde al hecho de que la variable de interés corresponde al tiempo transcurrido desde que un dependiente asiste a la última sesión terapia hasta que presenta una recaída y continúa con los problemas asociados al consumo de alcohol; y el segundo se refiere a que para diseños longitudinales, donde se evalúa una intervención éste es el tipo de análisis indicado; y estos aspectos se omiten bajo otros métodos de análisis estadísticos.

3. Análisis Multivariado: Se empleó el modelo de Cox o modelo de riesgos proporcionales, el cual especifica la manera en la que el riesgo cambia con respecto a las covariables, a su vez determina el efecto conjunto de las variables predictivas, a partir de las variables que conceptual y estadísticamente resultaron importantes para la probabilidad de la efectividad de la intervención en el análisis bivariado (Willet y

Singer, 1993; Willet y Singer, 1994; Wright, 1999; Flores-Luna, et al, 2000; Hansen y Lambert, 2003).

Los supuestos del modelo son:

- i. La razón de riesgos, para cualquier variable X , es constante a lo largo del tiempo.
- ii. La curva de sobrevivencia de un grupo debe estar por encima de la curva de sobrevivencia del otro grupo de manera constante y no se pueden cruzar.
- iii. Si el anterior no se cumple, se emplea el modelo de Cox estratificado.
- iv. El supuesto de proporcionalidad de riesgos se evalúa mediante a) las líneas del gráfico de las curvas de sobrevivencia (éstas no se deben cruzar), y b) las líneas del gráfico loglog: $\ln[-\ln(S)]$ vs tiempo para todos los grupos deben ser lo más paralelas posibles.

Tanto los análisis de sobrevivencia, como los de regresión de Cox se llevaron a cabo con el Statistics Data Analysis Special Edition (Stata 9.2 for Windows)

6. Resultados

A continuación se muestran los resultados obtenidos en la presente investigación, recolectados de Abril del 2002 a Agosto del 2004.

Durante la primera fase de la investigación se evaluaron a 85 sujetos, de los cuales 23 (27%) no se presentaron a la primera sesión de la intervención y 2 (2%) se excluyeron por obtener puntuaciones menores a 23 en el mini examen mental.

Para fines de la presente investigación solo se consideraron a pacientes que se presentaron al menos a una sesión de terapia de las doce sesiones máximas en el modelo, hasta cubrirse la cuota establecida.

6.1 Características Sociodemográficas

En el Cuadro I se despliegan las características sociodemográficas de la muestra, se aprecia que el 63% de la muestra eran casados, 25% tenían instrucción básica, el 74% se ubicó en los dos niveles socioeconómicos más bajos, la edad promedio fue 35.5.

Cuadro I. Características sociodemográficas de la muestra (n=60)			
Variables		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Soltero	9	15
	Casado	38	63
	Separado/viudo/divorciado	13	22
Escolaridad	Básica	15	25
	Media	23	38
	Superior	22	37
Nivel Socioeconómico	1	16	27
	2	28	47
	3	13	22
	4	1	1
	5	2	3
Edad			
		Media: 35.5	
		Mediana: 35.5	
		DS: 7.6	

6.2 Características del consumo de alcohol de la muestra

En el Cuadro II se presentan las características del consumo de alcohol de la muestra, se observa que el 39% eran consumidores de alto nivel; es decir, bebían más de 20 copas, de uno a siete días a la semana, el 43% se ubicaron en un nivel de dependencia sustancial, 70% contaban con antecedentes de tratamiento y el 53% no contaban con antecedentes familiares de consumo de alcohol. La necesidad de tratamiento más alta se registró en los problemas familiares asociados al consumo de alcohol con 48%, en tanto que 6.5 fue el promedio de criterios cubiertos en el DSM-IV.

Cuadro II. Características del consumo de alcohol de la muestra			
n(60)			
Variabes		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de consumo de alcohol			
	Bajo	17	28
	Medio	20	33
	Alto	23	39
Nivel de dependencia (Escala de dependencia al alcohol)			
	Baja	6	10
	Moderada	16	27
	Sustancial	26	43
	Severa	11	18
	Desconocido	1	2
Número de Criterios del DSM-IV			
		Media: 6.5	
		Mediana: 7	
		DS: 1.02	
Antecedentes de tratamiento			
	No	18	30
	Si	42	70
Antecedentes familiares de alcoholismo			
	No	32	53
	Si	28	47
Problemas asociados al consumo de alcohol (ASI)			
Familiares			
	Necesidad de tratamiento		
	Baja	18	30
	Media	13	22
	Alta	29	48

Cuadro II. Características del consumo de alcohol de la muestra (Continuación)			
n(60)			
Variables		Frecuencia	Porcentaje
Psicológicos	Necesidad de tratamiento		
	Baja	26	43
	Media	12	20
Médicos	Necesidad de tratamiento		
	Baja	43	72
	Media	11	18
Laborales	Necesidad de tratamiento		
	Baja	6	10
	Media	22	37
	Alta	16	26
	Alta	22	37

6.3 Características de la muestra a la intervención y al seguimiento

El 63% de la muestra asistió de una a tres sesiones, el resto acudió hasta ocho consultas, la mayoría acudieron a dos servicios y el 55% de los dependientes recibió atención únicamente en el CAAF (Ver Cuadro III).

Cuadro III. Características del tratamiento			
(n=36)			
Variables		Frecuencia	Porcentaje
Número de sesiones			
		Media: 2.6	
		Mediana: 2.0	
Número de servicios		DS: 1.6	
		Media: 1.8	
		Mediana: 2.0	
Tratamientos adicionales		DS: 0.8	
	No	33	55
	Si	17	28
	Desconocido	10	17

El seguimiento se llevó a cabo en 50 sujetos, esto representa un desgaste del 17% de la muestra; motivo por el cual se desconoce si acudieron a otro tratamiento. De éstos, el 30% interrumpió su tratamiento porque no quería dejar de beber, no necesitaba ayuda o fue anexado, 28% por motivos laborales y económicos, y únicamente el 2% reportó que el tratamiento no cubrió con sus expectativas.

En adelante, los análisis que se despliegan se llevaron a cabo únicamente con los 50 sujetos, de quienes se obtuvieron datos al seguimiento; de éstos, 28 pacientes no recayeron y modificaron los problemas asociados al consumo de alcohol (56%), 16 recayeron y no modificaron sus problemas asociados a su consumo (32%), y 6 restante recayeron, pero modificaron sus problemas asociados al consumo de alcohol (12%) con un valor de $X^2 = 29.94$ y p equivalente a 0.00.

En el Cuadro IV se muestra la distribución de la muestra en los pacientes que recayeron y continuaron con los problemas asociados al consumo de alcohol (44%) y quienes no recayeron y modificaron los problemas asociados al consumo (56%), las pruebas correspondientes no mostraron diferencias estadísticamente significativas para ambos grupos.

Cuadro IV. Resultado de la TCS por características de la muestra*

Variable	Recayeron y continuaron con los problemas asociados al consumo de alcohol n(22)	No recayeron y modificaron los problemas asociados al consumo n(28)	Total n(50)
Edad	35.7 (8.3)	34.6 (7.3)	34.7(8.2)
Estado civil			
Soltero	4(44)	5(56)	9(100)
Casado	15(48)	16(52)	31(100)
Separado/Viudo/Divorciado	3(30)	7(70)	10(100)
Escolaridad			
Básica	5 (42)	7 (58)	12(100)
Media	11(50)	11(50)	22(100)
Superior	6(37)	10(63)	16(100)
Nivel Socioeconómico			
1	4(33)	8(67)	12(100)
2	11(44)	14(56)	25(100)
3	5(45)	6(54)	11(100)
5	2(100)		2(100)
Nivel de dependencia			
Bajo	4(67)	2(33)	6(100)
Moderado	6(43)	8(57)	14(100)
Sustancial	8(38)	13(62)	21(100)
Severo	3(37)	5(62)	8(100)
Criterios del DSM-IV	6.5(0.75)	6.3(1.3)	6.3(1.2)

*Los valores de las variables categóricas señalan la frecuencia y (%), las numéricas indican la media y (desviación standard)

Cuadro IV. Resultado de la TCS por características de la muestra*

Variable	Recayeron y continuaron con los problemas asociados al consumo de alcohol n(22)	No recayeron y modificaron los problemas asociados al consumo n(28)	Total n(50)
Nivel de Consumo de alcohol			
Bajo	9(56)	7(44)	16(100)
Medio	8(47)	9(53)	17(100)
Alto	5(29)	12(71)	17(100)
Antecedentes de Tratamiento			
No	8(50)	8(50)	16(100)
Si	14(41)	20(59)	34(100)
Antecedentes Familiares de Alcoholismo			
No	8(50)	8(50)	16(50)
Si	14(41)	20(59)	34(100)
Demanda			
Nivel de consumo	15(62)	9(38)	24(100)
Problemas asociados al consumo de alcohol	7(27)	19(73)	26(100)
Problemas Asociados al Consumo de alcohol (ASI)			
Familiares			
Baja	5(33)	10(67)	15(100)
Media	7(70)	3(30)	10(100)
Alta	10(40)	15(60)	25(100)
Psicológicos			
Baja	12(57)	9(43)	21(100)
Media	3(27)	3(73)	11(100)
Alta	7(39)	11(61)	18(100)
Médicos			
Baja	16(44)	20(56)	36(100)
Media	3(33)	6(67)	9(100)
Alta	3(60)	2(40)	5(100)
Laborales			
Baja	10(53)	9(47)	19(100)
Media	3(23)	10(77)	13(100)
Alta	9(50)	9(50)	18(100)
Número de sesiones	2.4(1.41)	2.9 (1.9)	2.7(1.8)
Número de servicios	1.9(0.75)	1.7(0.90)	1.7(0.9)
Tratamientos adicionales			
Si	13(39)	20(61)	33(100)
No	9(53)	8(47)	17(100)
Total	22(44)	28(56)	50(100)

*Los valores de las variables categóricas señalan la frecuencia y (%), las numéricas indican la media y (desviación standard)

6.4 Análisis de Sobrevida

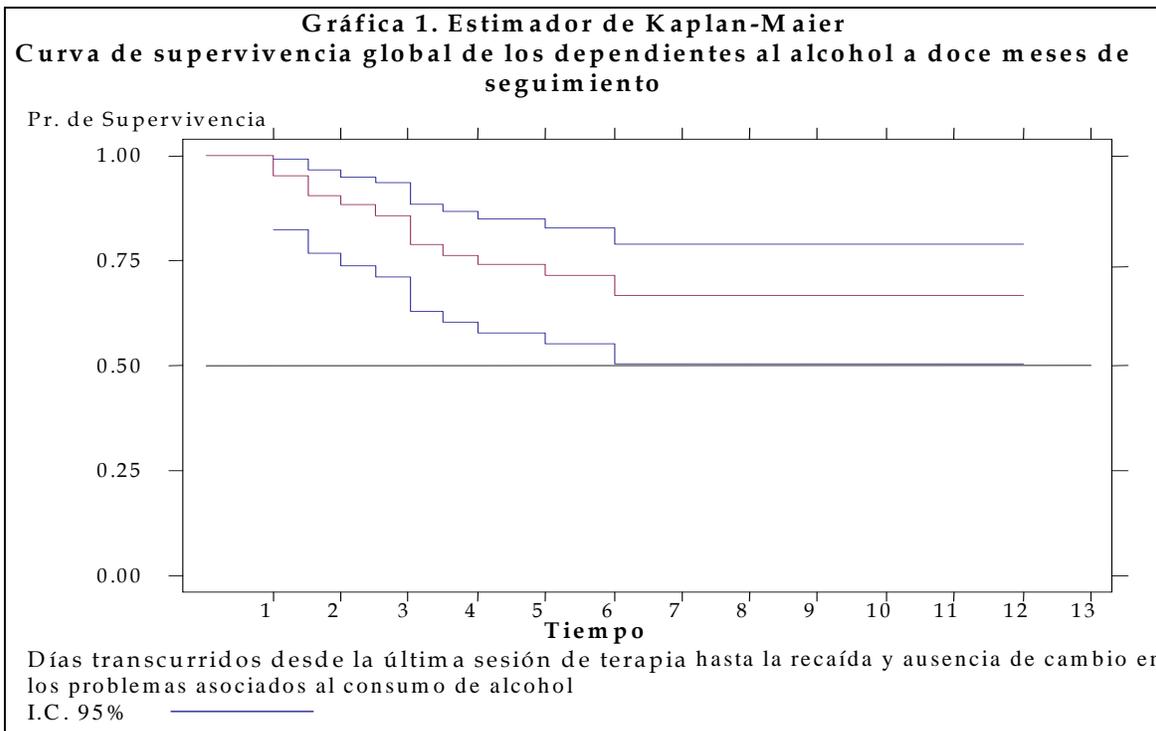
Un indicador del impacto de la intervención en los dependientes al etanol lo constituye la sobrevivencia; es decir, la probabilidad de que un dependiente al etanol permanezca libre de recaída y modifique los problemas asociados a su consumo a lo largo de los doce meses de seguimiento; este tipo de análisis responde la primer interrogante del presente estudio.

En el Cuadro V se presenta la tabla de sobrevida de los dependientes al etanol a doce meses de seguimiento. En ella se observa que la recaída y la ausencia de cambio en los problemas asociados ocurre en los primeros cuatro meses de seguimiento (18 de 22 fallas) lo que da como resultado que la probabilidad para esos cuatro meses, después de la última sesión de terapia, se reduzca en un 36%, meses en los cuales se observan tasas de riesgo más elevadas.

Cuadro V.

Intervalo (meses)	Tabla de Sobrevida de los dependientes al etanol a doce meses de seguimiento						
	Número de Pacientes en el intervalo	Número de Censuras	Recaídas	Sobrevida Acumulada	I. C. 95%		Función de Riesgo
					Límite Inferior	Límite Superior	
0-1	50	0	8	0.8400	0.7054	0.9166	0.1739
1-2	42	0	4	0.7600	0.6163	0.8559	0.1000
2-3	38	0	2	0.7200	0.5735	0.8236	0.0541
3-4	36	0	4	0.6400	0.4911	0.7557	0.1176
4-5	32	0	1	0.6200	0.4711	0.7381	0.0317
5-6	31	0	1	0.6000	0.4513	0.7204	0.0328
6-7	30	13	2	0.5489	0.3978	0.6769	0.0889
7-8	15	2	0	0.5489	0.3978	0.6769	0.0000
9-10	13	1	0	0.5489	0.3978	0.6769	0.0000
11-12	12	1	0	0.5489	0.3978	0.6769	0.0000
12-13	11	11	0	0.5489	0.3978	0.6769	0.0000

De esta manera conocemos que después de la última sesión de TCS, los primeros cuatro meses son de mayor riesgo para recaer y continuar con los problemas asociados al consumo de alcohol. Esto se aprecia de manera más fina en la Gráfica 1 del estimador Kaplan-Maier, en donde la línea central representa la función de sobrevivencia acumulada y las laterales corresponden al intervalo de confianza del 95%. El riesgo más alto se observa en los primeros cuatro meses, después el decremento en la estimación es más lento hasta llegar al sexto mes, en la cual se mantiene constante.



A fin de determinar las diferencias en la probabilidad para permanecer libre de recaída y de cambiar los problemas asociados al consumo de alcohol bajo la TCS en dependientes al etanol, según su motivo de consulta, lo cual constituye el primer objetivo específico de la presente investigación, se llevó a cabo un análisis de supervivencia con el método Kaplan-Maier para cada una de las variables comprometidas en este estudio, las diferencias se evaluaron con la prueba log-rank. Es necesario aclarar que debido al tiempo de seguimiento y al tamaño de la muestra, en algunas categorías de las variables para este estudio las fallas y las censuras tuvieron lugar antes de los doce meses de seguimiento.

Como era de esperarse, se observó que la demanda de atención juega un papel importante en la efectividad de la TCS; es decir, únicamente el 47% de los pacientes que presentaron como demanda de atención modificar su nivel de consumo no recayeron y modificaron los problemas asociados a su consumo de alcohol a doce meses de seguimiento, a diferencia del 83% de quienes pretendían modificar los problemas asociados a su consumo de alcohol ($p < 0.01$).

En el cuadro VI se muestra la probabilidad de sobrevivir doce meses después de la última sesión de TCS por demanda de atención y variables sociodemográficas. Se aprecia que los sujetos cuya demanda de atención fue cambiar su nivel de consumo de alcohol, la probabilidad más alta para no recaer y modificar los problemas asociados al consumo de alcohol se presentó entre los 30 y 39 años de edad (67%) y conforme incrementó el nivel socioeconómico, ésta se redujo en un 75% en sujetos que solo

sobrevivieron seis meses. En contraste, en pacientes de 30 a 39 años de edad quienes pretendían modificar los problemas asociados la probabilidad fue de 100%, mientras que el decremento por nivel socioeconómico fue de 3% del primer al tercer nivel; con valor de p menor a 0.01 en la prueba de log-rank. Lo anterior es consistente en la valoración general, donde la efectividad de la intervención disminuyó conforme aumentó el nivel socioeconómico ($p < 0.05$).

Cuadro VI. Sobrevida de los dependientes al etanol por demanda de atención y variables sociodemográficas

Variables	Sobrevivencia estimada a doce meses (%)		
	Nivel de consumo de alcohol	Problemas asociados al consumo de alcohol	General
Escolaridad			
Básica	60	80 (7m/1)	70
Media	44	78	61
Superior	40 (6m/1)	89	71
Edad**			
18-29	25	86	64
30-39	67	100	83
40-49	33	57	46
Estado civil			
Soltero	33 (6m/1)	80 (11m/1)	62
Casado	43	91	64
Ex pareja	100	71	78
Nivel socioeconómico**			
1	67	86	80*
2	60	86	70
3	25 (6m/1)	83	60

*Prueba de log-rank $p < 0.05$

**Prueba de log-rank $p < 0.01$

/1Sobrevivencia estimada a menos de doce meses

En lo que respecta a la probabilidad estimada de no presentar una recaída y modificar los problemas asociados a los doce meses en los dependientes al etanol, por demanda de atención y características del consumo de alcohol, se encontró un primer acercamiento respecto al perfil de los sujetos en quienes la TCS es efectiva; es decir, los sujetos que tienen mayor probabilidad para cambiar los problemas asociados al consumo de alcohol y no recaer bajo este modelo de intervención, son aquellos que como demanda refieren cambiar los problemas asociados a su consumo, puntúan de 3 a 5 criterios del DSM-IV,

presentan un nivel de consumo alto, se ubican en un nivel de dependencia severa, cuentan con antecedentes de tratamiento, carecen de antecedentes familiares de consumo de alcohol, su necesidad de tratamiento es media en problemas psicológicos y laborales, baja en problemas médicos y media en problemas laborales. Estos resultados se presentan en el Cuadro VII.

Cuadro VII. Sobrevida de los dependientes al etanol, por demanda de atención y características del consumo de alcohol

Variables	Sobrevivencia estimada a doce meses (%)		
	Nivel de consumo de alcohol	Problemas asociados al consumo de alcohol	General
Número de Criterios del DSM-IV*			
3	--	100	
5	100	100 (6m/1)	
6	0 (3m/1)	80	57
7	50	79	63
Nivel de consumo de alcohol**			
Bajo	33 (6m/1)	83	58
Medio	62	67	64
Alto	40	91	75
Nivel de dependencia*			
Baja	00 (2m/1)	100 (7m/1)	67
Moderada	60	71	68
Sustancial	33 (6m/1)	85	71
Severa	67	100	
Antecedentes de tratamiento**			
No	55	82	57
Si	38	83	71
Antecedentes familiares de alcoholismo*			
No	67	83	75
Si	14 (6m/1)	82	55
Familiares			
Baja	50	86	67
Media	40	100	50
Alta	50	80	71
Psicológicos**			
Baja	33	86	56
Media	71	75	73
Alta	33	83	73
Médicos**			
Baja	44	81	62
Media	0 (3m/1)	86	75
Laborales**			
Baja	33	75	53
Media	67	86	77
Alta	50	87	75

*Prueba de log-rank $p < 0.01$
**Prueba de log-rank $p < 0.05$
/1Sobrevida estimada a menos de doce meses

El perfil que se delinea con respecto a las características de la intervención y al seguimiento se despliega en el Cuadro VIII; en éste aprecia, nuevamente, que la intervención es efectiva en los pacientes que buscaban modificar los problemas asociados a su consumo, asistieron únicamente al servicio de Psicología en el CAAF y no solicitaron alguna ayuda adicional, como por ejemplo Alcohólicos Anónimos.

Cuadro VIII. Sobrevida de los dependientes al etanol, por demanda de atención y características de la intervención y del seguimiento

Variables	Sobrevivencia estimada a doce meses (%)		
	Nivel de consumo de alcohol	Problemas asociados al consumo de alcohol	General
Número de Sesiones			
Una	60	100	80
Dos	44	80	57
Más de dos	40	77	67
Número de Servicios*			
Uno	62	83	75
Más de uno	34	82	60
Tratamientos Adicionales**			
Si	33	75	57
No	54	87	71

*Prueba de log-rank $p < 0.01$
**Prueba de log-rank $p < 0.05$

6.5. Análisis Multivariado

En el apartado anterior, correspondiente al análisis de sobrevida, se delineó las características de los dependientes en quienes la TCS tuvo mejor resultado, doce meses después de la última sesión de tratamiento y con ello se dio respuesta a la segunda interrogante.

Para responder la última interrogante de interés para el presente estudio se llevaron a cabo diferentes modelos regresión de Cox, el cual consiste en estimar el riesgo para recaer y continuar con los problemas asociados al consumo de alcohol bajo determinadas condiciones. Esto permite determinar los factores que precipitan una recaída y perpetúan los problemas asociados, a la par que precisa y predice el tiempo exacto en el cual este evento tiene lugar.

Los análisis de regresión de Cox o de riesgos proporcionales se efectuaron siguiendo tanto las hipótesis, como el Modelo Conceptual que se sometió a prueba en este estudio (Tabla III) para ello se consideró a las variables teóricas que explican la recaída y la

ausencia de cambio en los problemas asociados al consumo de alcohol a lo largo de doce meses de seguimiento.

En el primer modelo que se efectuó, se incluyó únicamente a la demanda de atención, en gran medida porque en esta investigación se conceptualiza a ésta como la variable de mayor poder explicativo, y a su vez resultó congruente estadísticamente al mostrar un valor de significancia alto en la prueba de log-rank del análisis de sobrevivencia. En el cuadro IX se observa que el riesgo para recaer y continuar con los problemas asociados a su consumo es cuatro veces mayor en los sujetos que pretenden modificar su nivel de consumo que en aquellos que buscaban modificar los problemas asociados a éste, con un nivel de significancia menor a 0.05, pero con intervalos de confianza amplios, lo cual puede deberse al tamaño de muestra.

Cuadro IX. Modelo de regresión de Cox (1)				
Variab	Razón de Riesgos	P	Intervalo de Confianza 95%	
			Límite Inferior	Límite Superior
Demanda	4.03	0.02	1.26	12.90

A partir de este primer modelo, se sometieron a prueba una a una las variables sociodemográficas, las características de consumo de alcohol y las intermedias. En lo que concierne a las primeras, se observó que exceptuando el nivel socioeconómico, el riesgo relativo estimado fue producto del azar posiblemente debido al efecto confusor que ejercen otras variables de mayor poder explicativo.

Al controlarse el efecto de la demanda sobre nivel socioeconómico, el riesgo para recaer y continuar con los problemas asociados se incrementa casi dos veces conforme aumenta el nivel socioeconómico (RR1.62, $p = 0.04$, IC95% 1.02-2.57). Cuadro X.

Cuadro X. Modelo de regresión de Cox (2)				
Variab	Riesgo Relativo	P	Intervalo de Confianza 95%	
			Límite Inferior	Límite Superior
Demanda	3.51	0.04	1.07	11.51
Nivel Socioeconómico	1.62	0.04	1.02	2.57

Contrario a lo que se esperaba, al controlarse la demanda por cada una de las características del consumo de alcohol, se observó que la aportación de estas variables fue producto del azar al presentar valores de p superiores a 0.05; sin embargo, llama la

atención que al controlar por antecedentes familiares de alcoholismo, el riesgo para recaer en los pacientes que buscan modificar su patrón de consumo se incrementó considerablemente en comparación con quienes pretenden cambiar los problemas asociados a su consumo de alcohol (RR = 5.28, IC95% = 1.60-17.64 $p < 0.001$), pese a que la primera presenta valores marginales (RR = 3, $p = 0.05$ IC95% =0.98-9.00); esto da cuenta de la relación que ejerce los antecedentes de alcoholismo y la demanda de atención en el riesgo para recaer y perpetuar los problemas asociados al consumo.

En lo referente a las variables intermedias: “número de sesiones”, “número de servicios” y “tratamientos adicionales” al relacionarse una a una con la demanda de atención no resultaron ser lo suficientemente fuertes como para considerarse en la explicación de la efectividad de la intervención. De hecho, la variable que más se acercó fue “tratamientos adicionales” con un riesgo relativo de 2 y valor de p similar a 0.18 (IC95%0.71-6.04) y conservó con poco más de 4 el riesgo relativo para la demanda de atención con un nivel de significancia menor a 0.05 (IC95%=1.35-14.04).

Con los análisis anteriores se ubicaron a: “demanda de atención”, “nivel socioeconómico”, “nivel de dependencia”, “antecedentes familiares de alcoholismo” y “tratamientos adicionales” como las variables más cercanas tanto teórica como estadísticamente y a partir de incorporarse una a una se obtuvo el primer modelo sólido que explica con más detalle el riesgo para recaer y continuar con los problemas asociados al consumo de alcohol. Este modelo se aprecia en el Cuadro XI.

Variab les	Riesgo Relativo	P	Intervalo de Confianza 95%	
			Límite Inferior	Límite Superior
Demanda	4.12	0.02	1.24	13.73
Nivel Socioeconómico	1.92	0.01	1.17	3.14
Tratamientos adicionales	3.45	0.04	1.04	11.47

Al incluirse los antecedentes familiares de alcoholismo en el modelo previo, se observa que la única variable que conservó su poder explicativo fue “demanda de atención”, con una fuerza de asociación igual a 5 y con valor de p menor a 0.05 (IC95%=1.43-17.85) a diferencia de las otras, dónde el efecto se diluyó, esto puede atribuirse a que alguna de las variables actuó como confusora.

El segundo modelo importante para esta investigación se presenta en el Cuadro XII en el cual se evaluó la relación entre la demanda de atención, el nivel de dependencia, antecedentes familiares de alcoholismo y tratamientos adicionales se observó que esta última eleva el poder explicativo de la variable principal, pues el riesgo para los

dependientes al etanol que pretenden únicamente modificar su nivel de consumo, recaigan y continúen con los problemas asociados a su consumo es 8 veces más que en quienes buscan modificar los problemas asociados a su ingesta; aunque el valor de p en el nivel de dependencia fue mayor a 0.05 y para los antecedentes familiares la significancia estadística es marginal. Sin embargo no hay que perder de vista el valor de p para el nivel de dependencia, el cual es superior a 0.05.

Cuadro XII. Modelo de regresión de Cox (4)				
Variab les	Riesgo Relativo	P	Intervalo de Confianza 95%	
			Límite Inferior	Límite Superior
Demanda	7.98	0.00	2.19	29.06
Nivel de dependencia	0.62	0.13	0.33	1.15
Antecedentes familiares de alcoholismo	3.25	0.05	1.01	10.51
Tratamientos adicionales	3.30	0.04	1.05	10.42

A partir de los modelos expuestos, se considera que tres explican de mejor manera la efectividad de la terapia, éstos corresponden al Cuadro X, XI y XII, en el primero se observa que controlando por demanda de atención, a medida que se incrementa el nivel socioeconómico de los pacientes, el riesgo para recaer y continuar con los problemas asociados al consumo de alcohol se aumenta dos veces más.

En el modelo 3, llama la atención la manera en la cual el riesgo para recaer y mantener los problemas asociados al consumo de alcohol se modifica al controlarse por demanda de atención, tratamientos adicionales al CAAF y nivel socioeconómico; no obstante, es ésta última variable conforma un indicador de inclusión social o calidad de vida y al evaluarse únicamente con dicho indicador se tiende a reducir aspectos de la realidad que por antonomasia son complejos de explicar e investigar debido a que abarcan fenómenos que van más allá de la relación entre ingresos y egresos familiares o del tipo de vivienda; esto delinea una limitante importante para dicho modelo.

Se eligió al cuarto modelo para explicar la efectividad de la TCS y el riesgo para recaer en los dependientes al etanol. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta el nivel de significancia estadística para el nivel de dependencia, estrictamente, el riesgo estimado para esta variable es producto del azar, por ende, se tiene que eliminar del modelo; no obstante, se decidió conservar por dos motivos: el primero y más importante consiste en el respaldo teórico y empírico referente a que la sola presencia de dependencia incrementa la probabilidad de búsqueda de ayuda y la severidad de ésta constituye un predictor en la efectividad de tratamiento (Belló, 20005); el segundo, fue por el efecto

que ejerce sobre la demanda de atención, el cual se reduce a 6 al excluirse la influencia de la dependencia.

En el Cuadro XIII se presenta de manera más detallada los factores pronósticos para recaer mantener los problemas asociados al consumo de alcohol.

Los resultados indican que controlando el nivel de dependencia, los antecedentes familiares de alcoholismo y los tratamientos adicionales, los pacientes que buscan modificar su nivel de consumo tienen ocho veces más riesgo para recaer y mantener los problemas asociados a su consumo que aquéllos que pretenden modificar los problemas asociados a éste.

El riesgo para recaer y continuar con los problemas asociados al consumo se incrementa 3 veces en los sujetos que tienen al menos un familiar alcohólico, en relación con aquellos que no cuentan con él, al controlarse por el resto de las variables incorporadas en el modelo. Los dependientes que acuden a algún tipo de tratamiento adicional al CAAF tienen un riesgo tres veces mayor para recaer que quienes únicamente estuvieron en el Centro.

Cuadro XIII. Factores pronósticos asociados a la recaída y al mantenimiento de los problemas asociados al consumo en dependientes al etanol

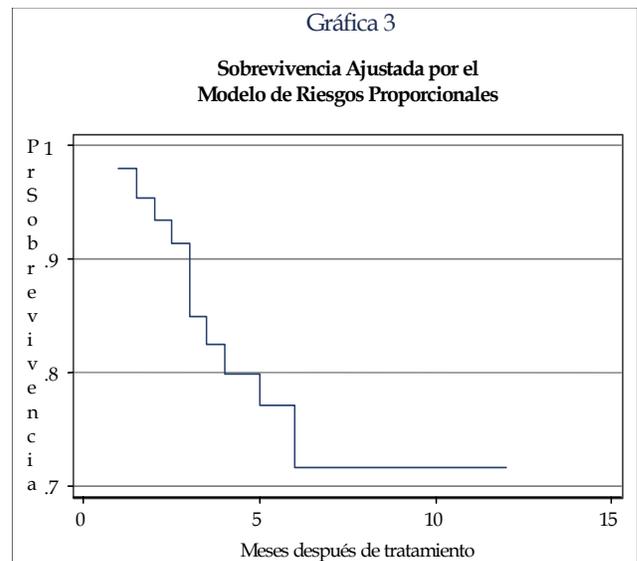
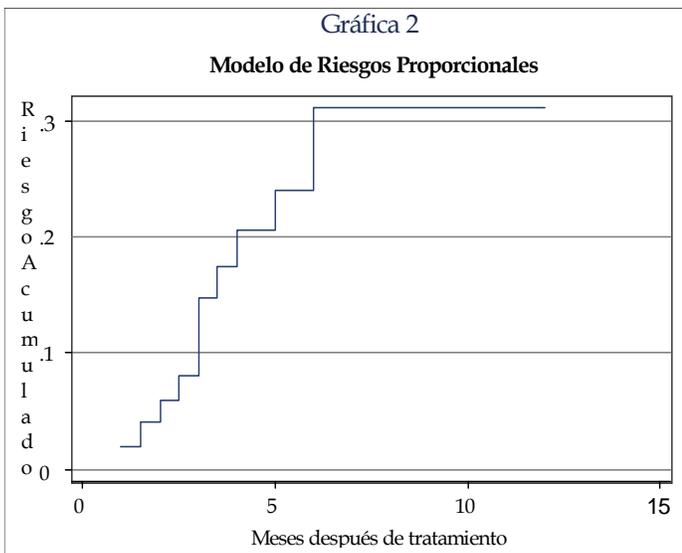
Variables	Modelo de Riesgos Proporcionales				
	Razón de Riesgos	P	Intervalos de confianza		
			Límite Inferior	Límite Superior	
Demanda					
Problemas asociados al consumo de alcohol	1.00				
Nivel de consumo de alcohol	7.98	0.00	2.19	29.06	
Validación del supuesto de riesgos proporcionales	$X^2 = 0.64$	0.42			
Nivel de dependencia	0.62	0.13	0.33	1.15	
Evaluación del supuesto de riesgos proporcionales	$X^2 = 0.83$	0.36			
Antecedentes familiares de alcoholismo					
No	1.00				
Si	3.25	0.05	1.01	10.51	
Evaluación del supuesto RP*	$X^2 = 0.89$	0.35			
Tratamientos adicionales					
No	1.00				
Si	3.30	0.04	1.05	10.42	
Evaluación del supuesto de riesgos proporcionales	$X^2 = 0.15$	0.70			
Evaluación global del modelo riesgos proporcionales	$X^2 = 2.27$	0.70			

Una vez que se eligió este modelo como definitivo, se validó a través de los residuos Schoenfeld, se pretende comprobar que los riesgos son proporcionales a lo largo del tiempo. Los resultados se despliegan en el Cuadro XIII, la evaluación por covariable corresponde al valor inmediato a cada variable, en éstas no se observan diferencias estadísticamente significativas, lo mismo ocurre en la evaluación global, la cual se encuentra al final del modelo ($X^2= 2.27$ y $p = 0.70$); por lo tanto, se considera que dicho supuesto se cumple tanto a nivel general, como a nivel individual.

Asimismo, se realizó un análisis de los residuos marginales de cada una de las covariables y los resultados sugieren que es adecuado interpretar de manera lineal los resultados del modelo de riesgos proporcionales.

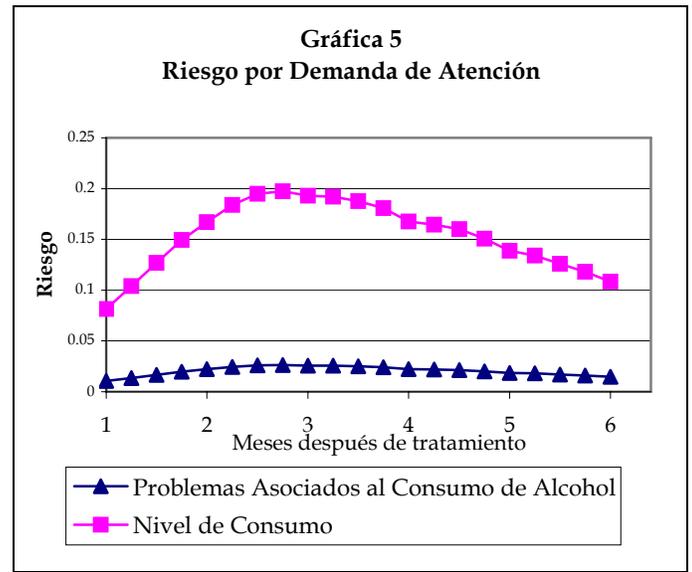
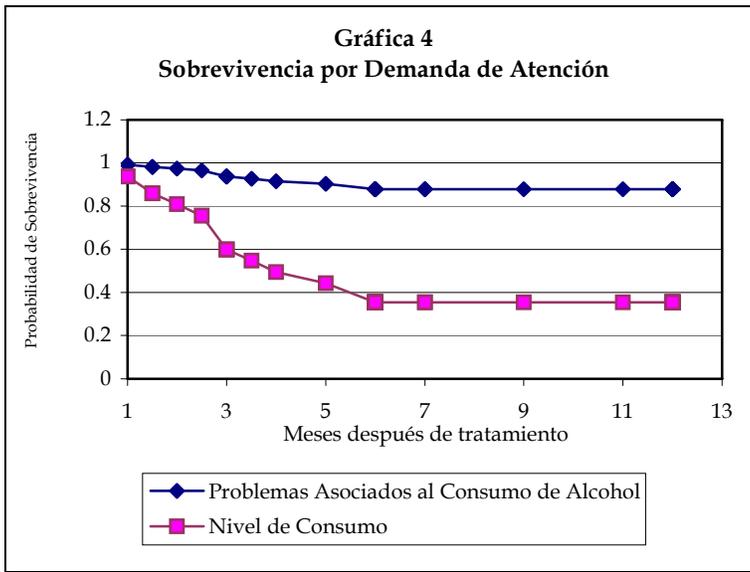
Una vez que se validaron los supuestos del modelo, se considera adecuado caracterizar el comportamiento del riesgo a lo largo del tiempo ajustado por dichos factores a fin de determinar el momento exacto en el cual tiene lugar una recaída y se mantienen los problemas asociados al consumo de alcohol. En la Gráfica 2 se aprecia como el riesgo se incrementa en los primeros seis meses y del séptimo en adelante éste se mantiene constante.

A diferencia del riesgo ajustado por la demanda de atención, nivel de dependencia, antecedentes familiares de alcoholismo y tratamientos adicionales al CAAF, la probabilidad de sobrevivencia disminuye casi en un 30% al séptimo mes, después de la última sesión de tratamiento (Gráfica 3).

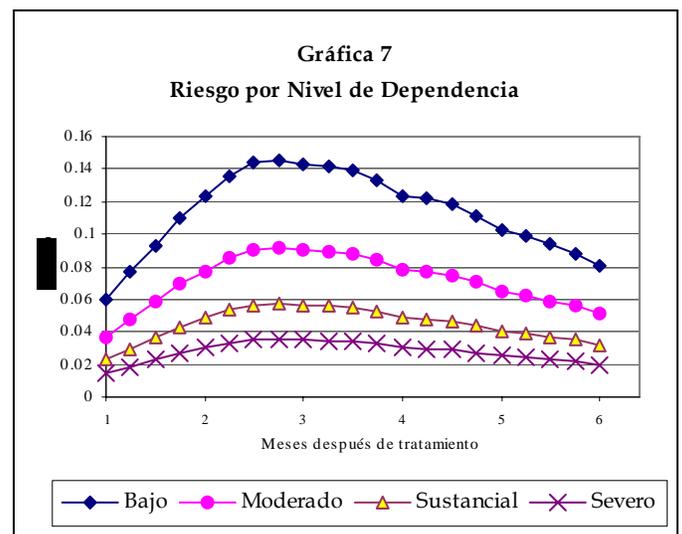
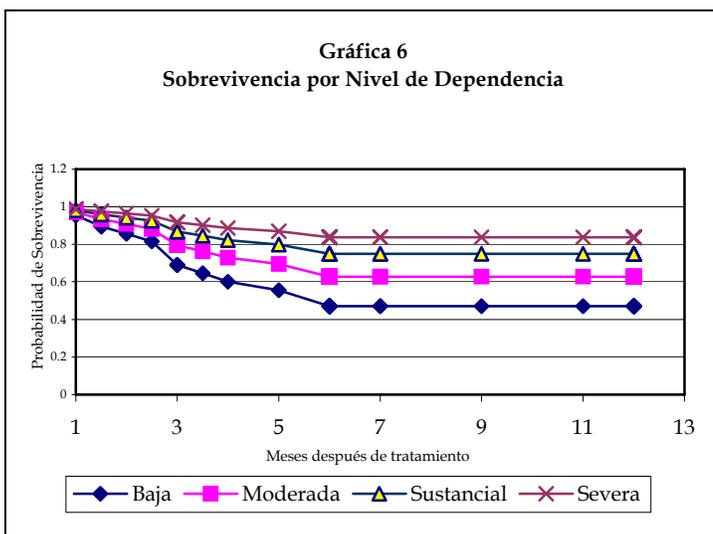


En las gráficas siguientes se aprecia la función de sobrevivencia y riesgo estimado para cada una de las variables incluidas en el modelo a lo largo de doce meses después de la última sesión de terapia.

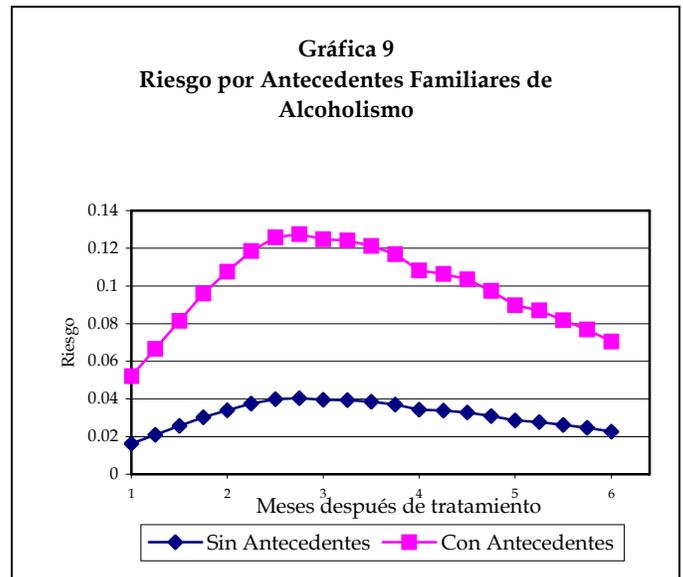
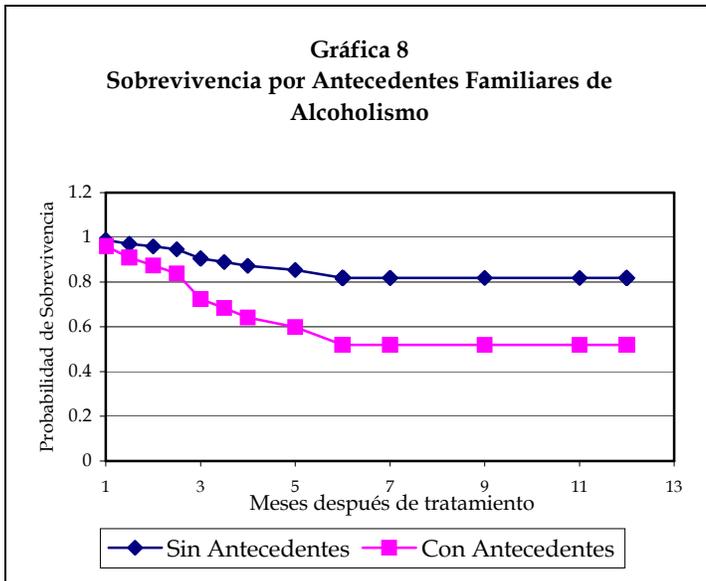
Las Gráficas 4 y 5 corresponden a la estimación de la probabilidad de supervivencia y de riesgo para la demanda de atención, en éstas se evidencia que la TCS es más efectiva cuando los dependientes al etanol buscan modificar los problemas asociados a su consumo, a diferencia de aquellos que únicamente pretenden modificar su forma de beber, independientemente del nivel de dependencia, antecedentes familiares de alcoholismo o tratamientos adicionales.



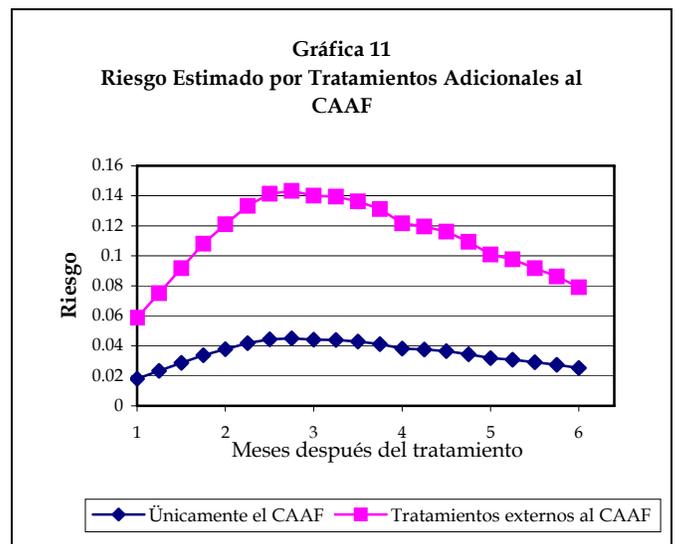
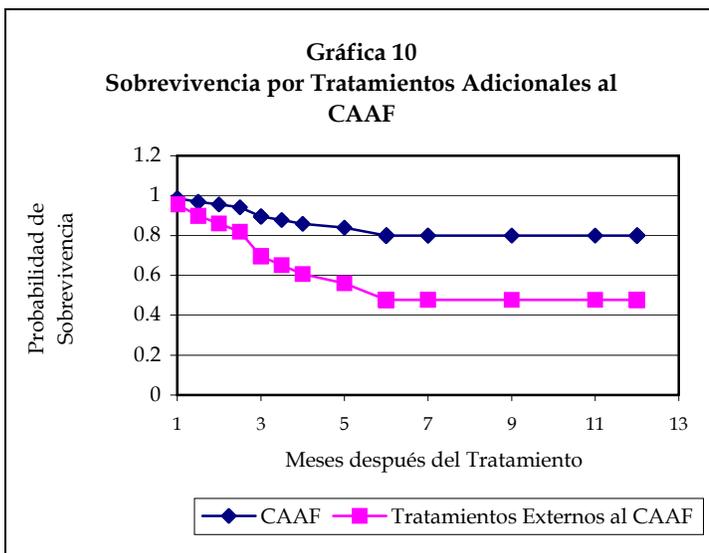
Resulta interesante observar cómo el riesgo para recaer y continuar con los problemas asociados al consumo de alcohol se incrementa casi en un 40% del nivel de dependencia severo al bajo; los meses de mayor riesgo para recaer y mantener los problemas asociados al consumo son los primeros cuatro cuando se controlan la demanda, antecedentes familiares de alcoholismo y tratamientos adicionales (Gráficas 6-7)



Se observaron mejores resultados de la TCS en los dependientes al alcohol, quienes carecían de antecedentes familiares de alcoholismo, doce meses después de su última sesión de tratamiento, controlando por demanda de atención, nivel de dependencia o tratamientos adicionales, aspectos que se observan en las Gráficas 8 y 9.



Controlando por demanda de atención, nivel de dependencia o antecedentes familiares de alcoholismo, la intervención tuvo mejores resultados en los sujetos que únicamente acudieron al CAAF a recibir tratamiento (Gráficas 10 y 11)



Con lo anterior, se considera adecuado plantear que la demanda de atención, el nivel de dependencia, los antecedentes familiares de alcoholismo y tratamientos adicionales al CAAF explican el momento exacto en el cual se presencia de una recaída y se mantienen los problemas asociados al consumo de alcohol en dependientes al etanol.

7. *Discusión y Conclusiones*

En México es ya una tradición la investigación relacionada al consumo excesivo de alcohol; sin embargo la noción de que éste constituye un problema de salud pública es relativamente nueva al compararse con otros problemas de salud pública, esto coadyuva a que las acciones encaminadas a resolver este problema aun sean escasas en todos los niveles de atención. Sin embargo, pese a que la distancia entre investigación y toma de decisiones ha disminuido en el ámbito del consumo de sustancias, el consumo excesivo de alcohol en los albores del siglo XXI continúa siendo un reto en cuanto a información, acciones y servicios de salud que brinden atención especializada; esto se torna más evidente cuando nos situamos en el terreno de la evaluación de acciones, programas, servicios o sistemas de salud (Medina-Mora et al, 2001) Bajo estas consideraciones es que se gesta el interés principal para llevar a cabo este estudio.

Si bien, actualmente se cuenta con ensayos clínicos que documentan de manera sólida la efectividad de las terapias breves en consumidores de alcohol (Project Match Research Group, 1997-1998, Moyer et al, 2002 y Heather, 2002) ésta aun se pone en tela de juicio no solo por las evidencias de los tratamientos largos, sino en gran medida por la interrogante: ¿para quién es adecuado una modalidad de tratamiento breve?.

Los resultados derivados de la presente investigación aportan información respecto a tal cuestionamiento al esbozar el perfil de los dependientes de alcohol para los cuales resulta efectiva la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) y a su vez constituyen un acercamiento al campo de la evaluación de resultados de tratamiento a alcohólicos al dar cuenta de la dinámica bajo la que el sujeto y sus circunstancias cambian durante doce meses después de la última sesión de tratamiento.

Efectividad de la TCS y Condiciones Sociodemográficas

En la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002 se señala la existencia de cerca de tres millones de personas con dependencia al etanol, de éstas el 91.3% son de sexo masculino y el 69% se encuentra en edad productiva; lo que dibuja el sector de población que padece dependencia, fundamento que constituye el eje principal para llevar a cabo la intervención en este sector.

La distribución de edad fue muy similar a la reportada por la ENA (2002), el 67% de los dependientes oscilaban entre dieciocho y treinta y nueve años, cerca de dos tercios se encontraban casados al momento del estudio, el 75 por ciento presentaron de nivel escolaridad media a superior, y cerca de tres cuartas partes de la muestra pertenecía a los dos primeros niveles socioeconómicos.

Estas características de la población de alguna manera eran esperadas debido en primer lugar a la distribución propia del Centro, en donde las personas que acuden a solicitar tratamiento para sus problemas con el consumo de alcohol, en su mayoría, oscilan entre los 20 y 40 años; en tanto que el 93% se ubican en los niveles socioeconómicos más bajos

y el promedio de escolaridad es de secundaria (Solís y Cordero, 1999, Mariño, Medina-Mora y de la Fuente, 1999, Torruco, 2006).

Lo anterior también coincide con la asociación reportada en estudios sobre demanda de la atención en donde se señala, que la probabilidad de asistir a tratamiento se incrementa conforme se incrementa el nivel escolaridad y los ingresos (Belló, 2005).

Los análisis simples mostraron que los resultados de la TCS se mantienen independientemente de variables como edad, estado civil y escolaridad; en contraste, se encontró que la efectividad de la intervención es más alta en los niveles socioeconómicos más bajos, y esto se confirma con los modelos multivariados.

Estos resultados se deben interpretar con cautela, en gran medida porque esta variable implica una relación compleja entre indicadores como ingresos y egresos familiares, tipo de vivienda, ocupación, lugar de residencia y número de enfermos en el núcleo familiar; por lo que ubicar la diferencia entre uno y otro estrato socioeconómico depende de esta interacción; y posiblemente esta diferencia se traduzca en un leve incremento en la capacidad de gasto en salud; pero no significa que ésta sea suficiente como para pertenecer a un estrato socioeconómico más alto; basta recordar que, según los indicadores de satisfacción de necesidades básicas, el 70% de la población Mexicana es pobre (Botvinik y Hernández, 1999).

Bajo las condiciones actuales de pobreza y desigualdad, donde además de los problemas inherentes a esta condición, se le suma el impacto del consumo de alcohol, y quienes poseen menos recursos para solucionarlos, la TCS se consolida como una alternativa de intervención al demostrar su efectividad en consumidores que se ubican en los primeros tres niveles socioeconómicos.

En dirección opuesta, este hallazgo confirma las enormes repercusiones de los cambios sociales, demográficos y de salud por los cuales atraviesa nuestro país; es decir, mientras aún no se solventan problemas de salud propios de países en vías de desarrollo, se adquieren condiciones inherentes a países desarrollados, la más evidente para este tema le concierne a la presencia de las tasas de mayor consumo en población con mayores recursos económicos, esto significa que este sector posee mayor accesibilidad a bebidas embriagantes.

Si bien, en nuestro país ocurre algo similar en forma y no en magnitud, poco más de la mitad de la producción de bebidas embriagantes la consume el 30% de la población con más ingresos (Medina-Mora y cols., 2001), esto quizás explica el hallazgo de la presente investigación con respecto a que el riesgo para recaer y mantener los problemas asociados al consumo de alcohol es dos veces más alto conforme incrementa el nivel socioeconómico, y contrario a lo que se esperaba, esta relación se confunde cuando se ingresan el resto de las variables sociodemográficas, lo que no sucede con demanda de atención y tratamientos adicionales al CAAF.

Una de las hipótesis de este estudio señala la variación en la efectividad de la TCS por demanda de atención y a través de los análisis de resultados ésta se corroboró: La intervención es efectiva en los sujetos con dependencia al etanol, que buscan modificar los problemas asociados a su consumo; y a su vez, quienes pretenden modificar su consumo tienen cuatro veces más riesgo de recaer, en comparación con los primeros ($p = 0.02$). Esto es coherente con los hallazgos reportados por Belló (2005) quien señala a los problemas sociales como principales detonantes para la búsqueda de servicios, los considera como un signo de percepción de gravedad por el consumidor, componente suficiente para la búsqueda de atención y al conjugarlo con los resultados mencionados, entonces se tiene un eslabón más en la serie de modificadores de la efectividad de la intervención.

En los análisis de resultados, tanto bivariados, como multivariados, se observó una consistencia importante en la efectividad de la TCS por demanda de atención, donde los dependientes con mejor pronóstico fueron aquellos que solicitaron atención para modificar los problemas asociados al consumo de alcohol, esto confirma la visión epistemológica del modelo, donde al concebir al alcoholismo como un síntoma, producto de los sistemas relacionales que el consumidor mantiene con su entorno, se tienen elementos más amplios para construir una solución, a diferencia de cuando se define al alcoholismo como un problema que tiene como solución el mantenimiento de la sobriedad, entonces se tiende a generar soluciones que se encuentren en el mismo orden del problema y por lo tanto se perpetúen las pautas relacionales, lo que posiblemente aumenta el riesgo de recaída y de mantenimiento de los problemas asociados a su consumo de alcohol (Bateson, 1956)

En los análisis bivariados, el efecto de la demanda de atención en la efectividad de la terapia fue consistente al analizarse por modificadores como edad, características del consumo de alcohol, número de servicios y tratamientos adicionales; sin embargo, en los multivariados, su poder explicativo solo se confunde al conjuntarse con todas las variables sociodemográficas y número de sesiones.

Con respecto al patrón de consumo, se observó que únicamente menos de una tercera parte consumía de seis a veinte copas por periodos que van de uno a tres días; a diferencia del resto de la muestra, quienes bebían la misma cantidad, pero en periodos de cuatro a siete días a la semana, o bien, más de 20 copas de uno a siete días a la semana; esto es coherente con la descripción del perfil de usuarios del CAAF, quienes en promedio consumen 13.4 copas por ocasión de tres a cuatro veces por semana (Mariño, Medina-Mora, de la Fuente, 1999) además de que culturalmente, nuestro país se caracteriza por tener patrones de consumo explosivo; es decir, se consume en grandes cantidades por periodos prolongados, a diferencia de países en los cuales el consumo de alcohol se consume en pequeñas cantidades de manera regular (OMS, 2002).

La OMS (2004) señala que los bebedores episódicos fuertes, son aquellos que consumen cinco copas o más en una ocasión al menos una vez a la semana, y estas cantidades se encuentran por debajo de las consumidas por los sujetos de la muestra, tanto en términos de volumen, como de frecuencia, quienes llegan a consumir hasta siete días consecutivos, más de 20 copas, lo cual indica condiciones de intoxicación severa.

Borges y colaboradores (2003, 2005) en servicios de urgencias, mostraron que el 17.4% de personas quienes acudieron a solicitar atención al servicio de urgencias por una lesión, reportaron un consumo promedio de alcohol de 9.3 copas, seis horas previas a la lesión; y a su vez éste incrementa el riesgo de sufrir una lesión debida a la violencia. Estos resultados dan cuenta del impacto que generan las condiciones de intoxicación severa; las cuales se convierten en un mediador importante de problemas de salud agudos (Klingeman y Gmel, 2001 Gmel y Rehm, 2003, Medina-Mora, Berenzon y Natera, 1999)

El patrón de consumo también se considera como indicador de la dependencia al etanol, pues tautológicamente se le define a ésta como la incapacidad para controlar o suspender su ingesta, aunado a que la muestra para este estudio fue de dependientes, más de la mitad de éstos se caracterizaron por cubrir de 6 a 7 Criterios del DSM-IV, ubicarse en un nivel de dependencia sustancial a severa.

Si se toman en cuenta tanto las características de consumo, como de dependencia; entonces se infiere que la muestra presenta condiciones de intoxicación las cuales derivan en problemas de salud agudos que ocurren en el nivel más bajo de consumo y a medida que éste incrementa, el problema puede desembocar en enfermedades crónicas, que van desde insuficiencia cardiaca, hasta muerte súbita y a su vez impactan en el incremento de la carga global de morbilidad por trastornos asociados al consumo de alcohol y en los años de vida perdidos por muerte atribuible al consumo excesivo de alcohol (Klingeman y Gmel, 2001 Gmel y Rehm, 2003).

Contrario a lo que se esperaba, los análisis simples mostraron que el nivel de consumo no modifica la efectividad de la intervención, y al controlarse por demanda de atención se observa que la TCS mostró ser más efectiva en los sujetos que buscan modificar los problemas asociados a su consumo y tienen un nivel de consumo bajo o alto; sin embargo, en los análisis multivariados esta variable carece de poder explicativo.

Belló (2005) comprobó que la sola presencia de dependencia al etanol incrementa la probabilidad de búsqueda de ayuda y en la literatura sobre resultados de tratamiento respaldan que la severidad de la dependencia es un predictor de efectividad de tratamiento.

Como se mencionó en el apartado de método, en esta investigación la caracterización de la dependencia se llevó a cabo con el número de criterios del DSM-IV y la Escala de Dependencia al Etanol (EDA, Skinner y cols. 1984). Los análisis de estos modificadores sugieren que al controlarse por demanda de atención la efectividad disminuye cuando se incrementan el número de criterios, pero su efecto se confunde al competir con otras variables de mayor poder explicativo, como lo es la dependencia vista como un continuum a través de la EDA.

Al considerar las puntuaciones de dicho instrumento y controlarse por demanda de atención se observó que la intervención resultó más efectiva en los dependientes que pretenden modificar los problemas asociados a su consumo y presentan mayor nivel de dependencia ($p < 0.01$), por ende ésta vez ejerce un efecto protector en las recaídas y mantenimiento de los problemas asociados al consumo ($RR = 0.62$) y aun cuando la estadística de Wald ($p=0.13$) sugiere que ésta diferencia no es estadísticamente significativa, se eligió como parte del modelo para explicar la efectividad de la intervención, las recaídas y el mantenimiento de los problemas asociados al consumo de alcohol debido no solo a la manera en la que modifica el efecto del resto de las variables, sino a la consistencia con la literatura, en los que se reporta que los sujetos con dependencia severa presentan mejores resultados de tratamiento (Woody, Cottler y Cacciola, 1993)

Lo anterior también es coherente con la vasta literatura de Alcohólicos Anónimos en la cual se señala que el camino para ingresar y permanecer en la agrupación tiene que ver con lo que llaman “tocar fondo” donde se experimentan consecuencias graves del consumo de alcohol necesarias para dejar de beber; dicho de otra manera, esto tiene que ver con la percepción de la gravedad del consumo; no obstante, por sí sola no llega a ser una predictora de las recaídas y del mantenimiento de los problemas asociados, si se omite la participación del resto de los modificadores pertenecientes al modelo 4, del capítulo de resultados.

Cerca de tres cuartas partes de los dependientes reportaron acudir previamente a otros tratamientos para manejar su consumo de alcohol; por una parte esto nos hace suponer la carrera que los usuarios del CAAF atraviesan para llegar a un centro especializado en el consumo de alcohol, quienes en un primer momento recurren a servicios de atención informal como ayuda religiosa o grupos de ayuda mutua y después de uno o varios intentos para abandonar su consumo, buscan otros servicios de atención (Berenzon, Medina-Mora y Lara, 2003, Mariño et. al, 1997)

En los análisis simples (ver Cuadro VIII), este modificador parecía carecer de importancia para la efectividad de la intervención; sin embargo, al controlarse por demanda de atención, se observó que para quienes acudieron únicamente para controlar o reducir su forma de beber, la intervención resultó mejor en aquellos que el CAAF fue su primer tratamiento; a diferencia de los que buscaron ayuda para modificar los problemas asociados a su consumo, en donde el modificador invirtió el efecto y la diferencia en los resultados fue mínima.

El hecho de contar con al menos un tratamiento para el consumo de alcohol, también caracteriza la cronicidad de su consumo, donde la necesidad de consumir cada vez se torna más intensa que los tiempos de recaída después de un intento de abandonar el consumo se reducen, cada vez se torna más difícil completar un tratamiento, cumplir un juramento, o, en su defecto la fecha de conclusión de éste se convierte en su próxima cita con el alcohol y a su vez, los grupos de ayuda mutua dejan de ser un recurso óptimo para abandonar el consumo (Mariño et. al, 1997, Turull, 1983).

Esta serie de situaciones, hipotéticamente convierten a los consumidores con más de un tratamiento para el consumo de alcohol en un sector de alto riesgo para recaer; sin embargo, en los análisis multivariados esto no se comprobó, quizás debido al efecto confusor de otra variable con mayor poder explicativo.

Otro modificador importante de la efectividad de la intervención, resultó ser los antecedentes familiares de alcoholismo. Poco más de la mitad de los sujetos, reportaron carecer de antecedentes de alcoholismo en su familia de origen; en un inicio, la TCS reflejó mejores resultados en este subgrupo; no obstante, la prueba de heterogeneidad no fue significativa ($p > 0.05$) debido en gran medida al efecto confusor que ejerce la demanda de atención.

Al controlarse por demanda, los análisis fueron consistentes en la diferenciación de los dos grupos de interés, donde la intervención tuvo mejor resultado en los consumidores quienes solicitaron atención para los problemas asociados al consumo de alcohol, independientemente de los antecedentes de alcoholismo en su familia; a diferencia de los sujetos quienes no presentaron esta demanda de atención, el tratamiento fue notoriamente más efectivo en los que reportaron no tener antecedentes familiares de alcoholismo. Esto se explica con los hallazgos de estudios previos, los cuales relacionan la presencia de historia familiar de alcoholismo con la severidad del cuadro; por consiguiente, las personas sin antecedentes familiares tienen mejor resultado para modificar el curso de su alcoholismo (Shuckit, 1994, Hesselbrock y cols, 1982), tal como se encontró en el presente estudio.

Si además de lo anterior, consideramos los resultados reportados por Natera y cols. (2001) respecto a que los hombres con historia familiar de alcoholismo, tienen dos veces más riesgo de desarrollar dependencia, entonces se tienen dos modificadores importantes del curso del postratamiento en alcohólicos. La relación de estos modificadores se observa claramente en el modelo multivariado, en el cual se comprueba que los sujetos con dependencia al etanol y además historia familiar de alcoholismo tienen tres veces más probabilidad de recaer y perpetuar los problemas asociados a su consumo, que aquellos que carecen de antecedentes familiares de alcoholismo.

En más de la mitad de la muestra se observó una necesidad de tratamiento por problemas relacionados con el consumo de alcohol de media a alta. Al analizarse cada una de las áreas de manera separada, esta distribución fue similar, excepto en el área médica, en donde cerca de tres cuartas partes de la muestra se ubicó únicamente en la severidad baja, esto corresponde al tipo de usuarios del CAAF, quienes acuden básicamente por problemas psicosociales y aun no presentan comorbilidad física como consecuencia de su ingesta crónica de alcohol, a diferencia del perfil de usuarios de la Clínica para Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol (CAPRA) del Hospital General de México, en donde se atienden de padecimientos físicos importantes como desnutrición, pancreatitis, y delirium tremens; entre otros (Mariño, Medina-Mora y de la Fuente, 1999)

Al controlarse por demanda de atención, los consumidores con mejor pronóstico bajo esta modalidad de tratamiento fueron quienes puntuaron una necesidad de atención media tanto en la evaluación general, como por problemas psicológicos y laborales, y además pretendían modificar su nivel de consumo; a diferencia de aquellos que buscaron modificar los problemas asociados a su consumo, en donde la efectividad se incrementó conforme se percibió mayor necesidad de tratamiento en el área médico y laboral. Este hallazgo se confirmó con las pruebas de log-rang.

En el área familiar, la intervención resultó igualmente efectiva en cada uno de los niveles de severidad, esto se puede explicar por dos factores, uno lo constituye el hecho de que la percepción de problemas familiares debidos al consumo de alcohol es un detonante para buscar atención (Belló, 1995); el otro consiste en el apoyo que brinda la familia ante esta problemática, a diferencia de las mujeres alcohólicas, quienes en su mayoría acuden a solicitar atención solas (Tenorio, Natera y Cordero, 1999) cuando el consumo de alcohol ocurre en un miembro masculino, para su cónyuge es difícil asumir un rol independiente, basta señalar que en este estudio más de la mitad de la población aun se encontraba con pareja al momento de ingresar a su tratamiento.

Efectividad de la TCS y Variables propias de la intervención

Uno de los modificadores de la efectividad de tratamiento más cuestionado en la literatura es el apego a tratamiento, debido a que una gran proporción de consumidores interrumpe su tratamiento sin llegar a concluir los objetivos del mismo, Torres-Torija y Lara-Muñoz (2002) señalan un índice de interrupción de tratamiento del 49% en consulta externa psiquiátrica, mientras que Solís y Cordero (2000) señalan que solamente el 33% de dependientes alcohólicos completan su tratamiento; esto puede derivar de la falta de habilidades para enfrentar las situaciones en las que se bebe y por ende mayor probabilidad de recaída y menor posibilidad de éxito en el tratamiento.

Una de las bondades de esta modalidad de tratamiento consiste en la posibilidad de realizar intervenciones desde la primera sesión, las cuales se convierten en recursos que el sujeto puede utilizar al momento de encontrarse en una situación de alto riesgo para recaer; este supuesto se comprobó tanto en los análisis iniciales, como en los bivariados al observarse que independientemente del número de sesiones de tratamiento, la TCS fue igualmente efectiva en ambos grupos de dependientes. Esto se reiteró al no observarse relación alguna entre el número de sesiones y riesgo para recaer y continuar con los problemas asociados al consumo de alcohol.

Lo anterior también se respalda con la evidencia que documentan las investigaciones internacionales con el modelo, en las cuales se documentan que la TCS tiene resultados comparables con otros modelos con un promedio de cinco sesiones (De Shazer, 1985; De Shazer et al, 1986; Lindfors & Magnusson, Eakes, et al, 1997; Beyebach et al, 2000 y Reuterlov, 2000) sin embargo en otras reportan que ésta reduce la depresión, el nivel de

preocupación, intensidad de sentimientos, acciones y pensamientos indeseables con una sola sesión (Sundstrom, 1993; Littrell, malia & Vanderwood, 1995).

Una de las grandes interrogantes en el ámbito de evaluación de resultados consiste en saber si los cambios producidos en el sujeto fueron fruto de la intervención. Para responder a esta pregunta se consideraron a dos variables: Número de servicios y tratamientos externos a los cuales asistieron los sujetos que participaron en la investigación; por cuestiones éticas estos modificadores se controlaron por análisis, en un primer momento, éstos no mostraron un comportamiento diferente en la efectividad de la intervención.

Al controlarse por demanda de atención, el mejor pronóstico se observó, como en los análisis previos, en los sujetos que pretendían modificar los problemas asociados a su consumo, a diferencia de quienes buscaban únicamente cambiar su patrón de consumo; sin embargo en ambos grupos la TCS fue más efectiva en aquellos que solo acudieron al servicio de Psicología y precisamente recibieron tratamiento en el CAAF (Cuadro VIII).

Estos hallazgos pueden explicarse debido a la cronicidad del padecimiento; es decir, un dependiente con una dependencia severa es frecuente que presente comorbilidad física y psiquiátrica asociada al consumo de alcohol y a su vez haga uso de todos los recursos disponibles para manejar su consumo de alcohol, donde los grupos de ayuda mutua, quienes conforman los servicios informales de atención, se configuran como el primer contacto en la carrera de búsqueda de tratamiento y como un recurso importante para lograr la abstinencia al alcohol (Belló, 2005); estos aspectos hacen que la intervención solamente sea efectiva en un 33 a 34% de los dependientes con dichas características.

De estas dos variables, la única que resultó ser un predictor fue “tratamientos adicionales” al encontrarse una razón de riesgo de 3.30 ($p=0.04$ IC95% 1.05-10.42), esto significa que los sujetos quienes recibieron un tratamiento adicional al Centro, tienen tres veces más probabilidad de recaer y mantener los problemas asociados al consumo que aquellos que solamente recibieron atención en el CAAF.

Contar con mecanismos de evaluación de tratamiento como los que se emplearon en la presente investigación permitieron ubicar a la TCS como un modelo de atención efectivo en dependientes al etanol quienes buscan modificar los problemas asociados a su consumo de alcohol, se ubican en un nivel de dependencia severa, no tienen antecedentes familiares de alcoholismo y únicamente reciben tratamiento para el alcoholismo bajo este modelo.

Las personas que abusan del alcohol y los dependientes, a menudo demandan a los servicios de atención la reducción del consumo como expectativas fundamentales cuando arriban a estos servicios. Este trabajo fortalece la noción de que en estos casos en particular, para los dependientes es necesario construir soluciones adecuadas a la problemática ocasionada por el consumo de alcohol.

Por lo tanto, el protocolo de una intervención cuando menos debería de considerar esta premisa como parte del abordaje inicial del paciente alcohólico. Otras aproximaciones

teóricas retoman los aspectos relacionados a los efectos nocivos al consumo de alcohol, tal como se lleva a cabo en la entrevista motivacional y se pretende convencer a los pacientes de las razones por las cuales no debe de beber; esto constituye un error de tipo lógico en estos casos; toda vez que los resultados del presente trabajo muestran la importancia de determinar el motivo por el cual acuden y entonces generar alternativas de soluciones.

Llevar a cabo análisis de sobrevivencia y modelos de regresión de Cox, no solo es un acierto metodológico adecuado empleado en estudios de seguimiento, si no constituye una herramienta útil para evaluar modelos de intervención terapéutica en alcohólicos.

8. Limitaciones del Estudio y Recomendaciones a Estudios Posteriores

La principal limitación del presente estudio, consiste en la selección de la muestra, debido a dos aspectos, el primero consiste en el tipo de muestreo, el cual fue no probabilística, intencionado, por cuotas, lo cual complica la generalización de los resultados a todos los dependientes al etanol, y éstos se reducen únicamente a aquellos sujetos que cumplan con criterios de inclusión similares a los de la muestra; y en segundo lugar, se refiere a que se trabajó con una muestra que solicitó tratamiento para problemas relacionados con el consumo de alcohol, por ende no se contó con una muestra de tipo control que hiciera posible la comparación de los resultados; por consiguiente se sugiere para futuras investigaciones considerar un grupo control, definido por un tratamiento diferente.

Es importante señalar que el tamizaje y la selección de los sujetos, se llevó a cabo con una persona, lo cual probablemente introdujo un sesgo de selección, o de mala clasificación de los participantes, por lo que se recomienda en futuros estudios incluir a más de un participante con el debido proceso de estandarización en la aplicación de los instrumentos, e incluso llevar a cabo un análisis de confiabilidad interobservador.

A fin de generar un panorama más amplio de la efectividad de la intervención, se sugiere llevar a cabo seguimientos más amplios y con intervalos de seis meses, además de incluir elementos que evalúen la intensidad de las recaídas.

En los modelos multivariados se observaron intervalos de confianza muy amplios, por lo cual se recomienda llevar a cabo investigaciones con muestras más numerosas a fin de reducirlos e incrementar el poder estadístico de los resultados.

A lo largo de la presente investigación, la Terapia Centrada en Soluciones dirigida a personas dependientes al etanol demostró ser una modalidad de tratamiento breve y efectiva, por lo que se recomienda considerarla como una alternativa en la planificación de servicios y programas de tratamiento para el alcoholismo.

Si centramos la atención en que la carga global de morbilidad por trastornos asociados al consumo de alcohol es de 7.8 y 5.9 millones de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) en hombres de 15 a 29 y de 30 y 44 años, respectivamente (OMSS, 2002) entonces, vale la pena suponer que al implementar un programa de intervención en este sector de la población, tal como lo constituye la TCS, reducirá en un largo plazo los años de vida perdidos por muerte y/o años de vida vividos con discapacidad atribuible al consumo excesivo de alcohol; por lo tanto se sugiere llevar a cabo estudios que incluyan indicadores económicos con seguimientos más amplios a fin de comprobar esta hipótesis.

Contar con mecanismos de evaluación permite no solo determinar las características y condiciones bajo las cuales una modalidad de tratamiento resulta efectiva, sino generar nuevas estrategias de intervención a fin de elevar la eficacia de los servicios y programas de tratamiento para el alcoholismo y tomar decisiones basadas en evidencia.

Llevar a cabo intervenciones que conciben al alcoholismo como un problema relacional, que se desarrolla bajo un marco histórico, social y cultural, permite generar estrategias de intervención adecuadas a la población con la cual se trabaja, más que reducir la solución al ámbito de la abstinencia de alcohol; esto tiene serias implicaciones en la evaluación de resultados de tratamiento al alcoholismo, y se torna necesario que investigaciones futuras incluyan indicadores compuestos de evaluación, los cuales den cuenta de la manera en que los problemas psicosociales se modifiquen después de la intervención

9. Bibliografía

1. Annis H, Davis S. (1988) Assessment of expectancies En: Donovan D M, Marlatt G A (Eds.). Assessment of Addictive Behaviors. 84-111. Praeger, Nueva York.
2. Annis, H., Herie, M., Watkin-Merker, L. (1996) Structured Relapse Prevention: An Outpatient Counseling Approach. Addiction Research Foundation, Toronto, Canada.
3. Anthony JC, Lereschel L, Niaz U, Von Korff MR y Folstein ME (1982) Limits of the "Mini-Mental State" As A Screening Test For Dementia And Delirium Among Hospital Patients. *Psychological Medicine*, 12:397-408.
4. Appleby L, Dyson V, Altman E / Luchins D (1997) Assessing substance use in multiproblem patients: Reliability and validity of the Addiction Severity Index in Mental Hospital Population. *The Journal of Nervous and Mental Disease* (185):3 159-165.
5. Armor D J, Meshkoff J E: Remission among treated and untreated alcoholics. En: Mello N K (Ed.). *Advances in Substance Abuse: Behavioral and Biological Research*. JAI Press. Greenwich, 239-270, 1983.
6. Ayala H, Cárdenas G, Echeverría L, Gutiérrez M: Manual de Autoayuda para Personas con Problemas en su Forma de Beber. Porrúa, Facultad de Psicología, México, 1998.
7. Ayala H, Gutiérrez M L. (1993) Una revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo del alcohol. *Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría*, 33(1):49-54,
8. Ayala HV, Echeverria L, Sobell M y Sobell L (1998) Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología*. (14)2: 113-127.
9. Ayala, H., Cárdenas G., Echeverría L, Gutiérrez, M. (1995) Los Resultados Iniciales de un Programa de Autocontrol para Bebedores Problema en México. *Salud Mental* 18(4): 18-24.
10. Bandura A (1985) Social foundations of thought and action. NJ Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
11. Bandura, A. y Walters, R. (1982). *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad*. Alianza, Madrid.
12. Barragán L, González J, Medina-Mora ME, Ayala H (2005) Adaptación de un Modelo de Intervención Cognoscitivo-Conductual para Usuarios Dependientes de Alcohol y Otras Drogas a Población Mexicana: Un Estudio Piloto. *Salud Mental* 28(1): 61-71.
13. Bateson G. (1956) Pasos Hacia una Ecología de la Mente. Carlos Lolhé; Buenos Aires.

14. Belló M (2005) Factores asociados a la demanda de atención de consumidores de alcohol en servicios formales e informales de salud. Tesis de Maestría en Ciencias. Facultad de Medicina, UNAM.
15. Beltrán L y Mandujano SC (1999) Escuela enfocada en las Soluciones. Una breve descripción. Documento de circulación interna, Academia de Terapia Sistémica, FES-Zaragoza, UNAM.
16. Berenzon Gora S, Medina-Mora ME, Lara Cantú MA (2003) Servicios de Salud Mental. Veinticinco años de investigación. *Salud Mental* 26(5):61-72.
17. Berg, I. y Miller, S. (1996) *Trabajando con el Problema del Alcoholismo. Orientación y Sugerencias para la Terapia Breve Familiar*. Gedisa, España.
18. Bernstein, D. y Nietzel, M. (1984). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: McGraw-Hill.
19. Beyebach, M., Sánchez, M., Rodríguez, S., De Miguel, J., De Vega, M. y Morejon A. (2000) Outcome of Solution - Focused Therapy at a University Family Therapy Center. *Journal of Systemic Therapies*. 19 (1): 116-128.
20. Bolvitnik J y Hernández E (1999): *Pobreza y distribución del ingreso en México*. Ed. Siglo XXI. México, 1999.
21. Borges G, Wilcox H, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J y Walters E (2005) Suicidal Behavior in the Mexican Nacional Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-Month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental* 28(2): 40-47
22. Boscolo, L., Cechin, G., Hoffman, L., Penn, P. (1987) *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos Sobre la Teoría y la Práctica*. Buenos Aires, Argentina, amorrtu.
23. Boyd, G. (1999) Alcohol and the Family: Opportunities for Prevention. *Journal of Studies on Alcohol/Supplement* 13:5-9.
24. Butterworth R (2003a) Hepatic Encephalopathy -A serious complication of Alcoholic liver disease. *Alcohol Research & Health. Alcoholic brain Disease Part* (27)2: 143-145.
25. Butterworth R (2003b) Hepatic Encephalopathy. *Alcohol Research & Health. Alcoholic Liver Disease Part I-An Overview* (27)3:240-246.
26. Butterworth, R. (2004) Hepatic Encephalopathy-A Serious Complication of Alcoholic Liver Disease *Alcohol Research & Health. Alcoholic Brain Disease*
27. Campillo C; Díaz-Martínez R; Romero M; Cerrud J; Villatoro J. (1992) La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud o ya les ha ocasionado algún daño. (Resultados preliminares de un ensayo clínico doble ciego y prospectivo) *Salud Mental* 15(2), págs. 14-19.

28. Carey KB, Cocco KM & Correia CJ (1997) Reliability and validity of the Addiction Severity Index among outpatients with severe mental illness. *Psychological Assessment* (9): 422-428.
29. Childress A R, McLellan A T, O'Brien C P (1985) Behavioral therapies for substance abuse. *International Journal of Addictions*, 20:947-969.
30. Cockburn Jt, Thomas FN & Cockburn OJ (1997) solution-focused therapy and psychosocial adjustment to orthopedic rehabilitation in a work hardening program. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 7(2): 97-106.
31. Coleman (1988) *Psicología de la anormalidad*. México: Trillas.
32. Crum Rm, Anthony JC, Bassett SS y Folstein MF (1993) Population Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational Level. *Journal of the American Medical Association*, 269(18).
33. Daepfen JB, Burnard B, Schnyder C, Bonjour M, Pecoud A & Yersin B (1996) Validation of the Addiction Severity Index in French-Speaking Alcoholic Patients. *Journal of Studies on Alcohol*. (57):6 585-560.
34. Davison G, Raistrick D: The Validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) Questionnaire: A short Self-report Questionnaire for Assessment of Alcohol Dependence. *British Journal of Addictions*, 81:217-222. U.S.A. 1986
35. De Shazer S (1988) *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Piados (Trabajo original, publicado en 1985)
36. De Shazer S (1992) *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa. (Trabajo original, publicado en 1988)
37. De Shazer, S., Berg, I., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, E. W Weiner-Davis, M. (1986) Brief Therapy: Focused Solution Development. *Family Process* 25, 207-221.
38. Dees L., Srivastava, VK, Hiney JK (2001) Alcohol and Female puberty: The role of intraovarian system. *Alcohol Research & Health*. Alcohol and Disease Interaction (25)4:271-275.
39. Depaulo JR, Folstein MF y Gordon B (1980) Psychiatric Screening on a Neurological Ward. *Psychological Medicine*, 10:125-132.
40. Eakes G, Walsh S, Markowski M, Cai H & Swanson M (1997) Family centered brief solution-focused therapy with chronic schizophrenia: A pilot study. *Journal of Family Therapy*. (19): 145-158.
41. Edwards G, Anderson O, Babor TF, Casswell S, Giesbrecht N, Godfrey C, Holder HD, Lemmens P, Mäkelä K, Midanik LT, Norström T, Östeberg E, Romelsjö A, Room R, Simpura J & Skog O (1994) *Alcohol policy and the public good*, Oxford University Press, New York.

42. Edwards, G. "The Practical Business of Treatment -15 The Alcoholism Treatment Service at the Maudsley Hospital, London.
43. Ellis, A; Abrahms, E (1983) *Terapia Racional Emotiva (TRE) Mejor Salud y Superación Afrontando Nuestra Realidad*. Pax-México;México
44. Emanuele MA, Emanuele N (2001) Alcohol and the male reproductive system. An Overview. *Alcohol Research & Health. Alcohol and Disease Interaction* (25)4:282-287.
45. Farfan-Sedano A, Gomez-Antunez M, Martinez M C, Cuenta C, Girones J M, Garcia J (1997) Alcohol withdrawal syndrome. *Clinical and Analytical Manifestations and Treatment. An Med Interna*, 14(12): 604-610.
46. Fernández Mirand JJ, González Portilla MP, Sáiz Martínez PA, Gutiérrez Cienfuegos E y Bobes García J (1999) Calidad de vida y severidad de la adicción en heroinómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones* (11)1: 43-52.
47. Fichter, M., Glynn, S., Weyerer, S., Liberman R. y Frick, U. (1997) Family Climate and Expressed Emotion in the Course of Alcoholism. *Family Process* 36:203-221.
48. Fillenbaum G, Heyman A, Willians K, Prosnitz B y Bruchett B (1990) Sensitivity and Specificity of Standardized Screens of Cognitive Impairment and Dementia Among Elderly Blacks and White Community Residents. *Journal Clinical Epidemiology*, 43:651-660, 1990.
49. Flemons D, Green, S. y Rambo, A. (1996) Evaluating Therapists Practices in a Postmodern World: A Discussion and Scheme. *Family Process* 35: 43-56.
50. Flores-Luna M, Zamora S, Salazar-Martínez E, Lazcano-Ponce E. (2000) Análisis de sobrevivencia. Aplicación en una muestra de mujeres con cáncer cervical en México. *Salud Pública de México* 42(3):242-251.
51. Folstein (1983) *Mini Mental State Examination, Versión Castellana*.
52. Folstein MF, Folstein SE y Mc Hugh PR (1975) Mini-Mental State. A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal Psychiatric Research*, 12:189-198.
53. Fragoso E y Cordero M (2004) *Intervención Grupal en Familiares con un Enfoque Gestaltico*. Ponencia presentada en la XIV Reunión de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" Octubre
54. Franklin C, Corcoran J, Nowicki J & Streeter C (1997) Using client self-anchored scales to measure outcomes in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*. 16(3): 246-265.
55. Frenk, J (1992) *La Salud de la Población. Hacia Una Nueva Salud Pública*. México, La Ciencia Para Todos, México.

56. Gentry RT (2000) Effect of food on the pharmacokinetics of alcohol absorption. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 24(4): 403-404 .
57. Gingerich, W. (2000) Solution-Focused Brief Therapy: A Review of the Outcome Research. *Family Process*, Winter 39(4) 477-499.
58. Goldman M S, Brown S A, Christiansen B A: Expectancy theory: Thinking about drinking. En: Blane H T, Leonard K E (Eds.). *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. 181-226. Guilford, New York, 1987.
59. Greenson, RR (1989) Técnica y práctica del psicoanálisis. México: Siglo XXI Editores
60. Guimaraes Borges GL (1989) Epidemiología del uso y consumo de bebidas alcohólicas: relimitación y objetivos. *Salud Mental* (12)2: 13-19.
61. Haber, J. y Jacob, J. (1997) Marital Interactions of Male Versus Female Alcoholics *Family Process* 36:385-402. *Mental Health Research* 5(1):1-12.
62. Hansen N and Lambert M (2003) An Evaluation of the Dose-Response Relationship in Naturalistic Treatment Settings Using Survival Analysis.
63. Heather, N (2002) Effectiveness of Brief Interventions Proved Beyond Reasonable Doubt. *Addiction* (97) 293-299.
64. Hesselbrock VM, Stabenau JR, Hesselbrock MN, Meyer RE & Babor TF (1982) The nature of alcoholism in patients with different family histories of alcoholism. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry* 6(4-6): 607-614.
65. Hill LR, Klauber MR y Salmon DP (1993) Functional Status, Education and the Diagnosis of Dementia in the Shanghai Survey. *Neurology*, 43:138-145.
66. Hodgins DC & El-Guebaly (1992) More data on the Addiction Severity Index. Reliability and validity with the mentally III Substance Abuser. *The Journal of Nervous and Mental Disease* (180):3 197-201.
67. INEGI, SSA/DGEI (2003). Estadísticas Vitales: Mortalidad en Estados Unidos Mexicanos, 1997. Ionescu, S. (1991) Catorce Enfoques de la Psicopatología. Breviarios, Fondo de Cultura Económica, México.
69. Ionescu, S. (1991) Catorce enfoques de la psicopatología. México, Breviarios, Fondo de cultura Económica.
70. Isebaert, L (In preparation) Results Follow-Up Study 1999 Treatment Program for Alcoholics.
71. Jaccard, J. y Turrisi, R. (1999) Parent - Based Intervention Strategies to Reduce Adolescent Alcohol - Impaired Driving. *Journal of Studies on Alcohol/Supplement* 13:84-93
72. Kanfer, F; Phillips, J (1980) Principios del Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento. Trillas, México.

73. Kazdin, A. (1978) *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual moderno.
74. Keeney, B. (1983) *Estética del cambio*, Paidós Terapia Familiar, Barcelona,.
75. Kok, C. and Leskela, J. (1996) Solution Focused in a Psychiatric Hospital. *Journal of Marital and Family Therapy*. *Journal of marital and Family*; July 22(3) 397-406.
76. LaFountain RM & Garner, NE (1996) Solution-focused counseling groups: The results are in. *Journal for Specialists in Group Work*. 21(2):128-143.
77. Lambert MJ, Okiishi JC, Finch AE & Jonson LD (1998) Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice*. (29): 63-70.
78. Launder LJ, Dinkgreve MA, Jonker C, Hooijer C. y Lindeboom J (1993) Are Age and Education Independent Correlates of the Mini-Mental State Exam Performance of Community-Dwelling Elderly? *Journal of Gerontology*, 48:271-277.
79. Lazarus, A. (1973) Multimodel Behavior Therapy: Treating the "Basic Id". *Journal of Nervous and Mental Disease*,.
80. Lazarus, A. (1980). *Terapia Conductista. Técnicas y Perspectivas*. Piados, Buenos Aires.
81. LeGuen, C. (1984). *La Práctica del Método Psicoanalítico*. Gedisa, Buenos Barcelona.
82. Liebre CS (2003) Relationships between nutrition, alcohol use, and liver disease. *Alcohol Research & Health*. *Alcoholic Liver Disease Part I-An Overview* (27)3: 220-231.
83. Lindforss L & Magnusson D (1997) Solution-focused therapy in prison: Outcome and issues. *American Journal of Family Therapy*. (25): 3-17.
84. Littrell JM, Malia JA & Vanderwood M (1995) Single-session brief counseling in a high school. *Journal of Counseling and Development*. (73): 451-458.
85. López J, Rosovsky H. (1998) El papel que desempeña el alcohol en los motivos por los que se les da atención en los servicios de urgencias, estimación del riesgo asociado en los traumatismos. *Salud Mental* 21(3): 32-38.
86. Mahoney MJ (1974) *Cognition and behavior modification*. Cambridge. M. A. Ballinger. 1974 (Traducción: México, Trillas, 1983).
87. Mann RE, Smart RG, Govonni R (2003) The epidemiology of Alcoholic Disease. *Alcohol Research & Health*. *Alcoholic Liver Disease Part I-An Overview* (27)3: 209-219.
88. Mariño MC, Medina-Mora ME Escotto Velásquez J y de la Fuente JR (1997) Utilización de servicios en una muestra de alcohólicos mexicanos. *Salud Mental* 22(5): 28-33.

89. Mariño MC, Medina-Mora ME y de la Fuente JR (1999) Comparación de dos muestras de pacientes alcohólicos. *Salud Mental* 22(5): 28-33.
90. Marlatt GA, Baer JS, Donovan DM, Kivlahan DR 1988. Addictive behaviors: Etiology and treatment. *American Review of Psychology*, 39:223-252,
91. Marlatt GA, Gordon JR: *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press, Nueva York, 1985.
92. Martínez, P. (1982). *Sistemas Terapéuticos Contemporáneos Aplicados*, Trillas, México.
93. Mason, W., Chandler, M., y Grasso, B (1995) Solution Based Applied to Addictions: A Clinic's Experience in Shifting Paradigmas. *Alcoholism - Treatment - Quarterly* 13(4): 39-49.
94. Maturana, H (1995) La realidad ¿Objetiva o Construida? II Vol. Universidad Iberoamericana - Antropos México.
95. McCubbin, H., McCubbin M. y Thompson, A. (1999) Contextualizing Family Risk Factors for Alcoholism and Alcohol Abuse. *Journal of Studies on Alcohol/Supplement* 13:75-83.
96. McDermott PA, Alterman A, Brown L, Zaballero A, Snider EC & McKay JR (1996) Construct refinement and confirmation for the Addiction Severity Index . *Psychological Assessment* 8(2): 182-189.
97. McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F, Barr HL, O'Brien CP (1985) New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 173:412-423.
98. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE & O'Brien CP (1980) An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 168(1):26-33.
99. Medina-Mora ME, Berenson S y Natera G (1999) El papel del alcoholismo en las violencias. *Gaceta Médica Mexicana* 135(3):182-287.
100. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C y Tapia-Conyer R (2001): Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la Salud Pública: Drogas, Alcohol y Sociedad. *Salud Mental* 24(4) 3- 19.
101. Meichenbaum, D. (1974) *Cognitive Behavior Modification*. General Learning Press; Morristown, N. Y.
102. Mora-Ríos J, Natera G y Juárez F (2005) Expectativas relacionadas con el alcohol en la prescripción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental* (28): 82-90.
103. Moyer A, Finney J, Swearingen C & Vergun P (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* (97) 279-292.

104. Mukama KJ y Rimm EB Alcohol's effects on the risk for coronary heart disease. *Alcohol Research & Health. Alcohol and Disease Interaction* (27)3:255-262.
105. Murrelle, L (1991) Consequences of smoking a potent cocaine product: a clinical profile of 424 basuca abusers presenting for treatment in Medellin, Colombia. OPS, Washington.
106. Natera, G Oxford, J (1989). Research for the development of family abilities for the treatment of problems of alcohol abuse. *Documento Interno*, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
107. Natera-Rey G, Borges G, Medina-Mora Icaza, Solís Rojas L y Tiburcio Sainz M (2001) La influencia de la historia familiar de consumo de alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública de México* 43(1): 17-26.
108. Nau D, & Shilts L (2000) When to use the miracle question: Clues from a qualitative study of four SFTB practitioners. *Journals of Systemic Therapies*. 19(1) 129-135.
109. NAVA A (1993). La prevención del consumo de alcohol en la familia. *Psicología de la Salud. Memorias 1er. Congreso Internacional de Psicología y Salud*, UNAM, México: 211-215.
110. Navarro, J. (1992) *Técnicas y Programas en Terapia Familiar*. Barcelona, Paidós Terapia Familiar.
111. Negrete JC, Mardones J, Ugarte G (1985). *Complicaciones Neuropsiquiátricas en: Problemas Médicos del Alcohol. Fundamentos, Diagnóstico y Tratamiento*, Editorial Andrés Bello, Santiago de Chile, pp. 135-154.
112. Nye, C., Zucker, R. y Fitzgerald, H. (1999) Early Family - Based Intervention in the Path to Alcohol Problems: Rationale and Relationship between Treatment Process Characteristics and Child and Parenting Outcomes. *Journal of Studies on Alcohol/Supplement* 13:10-21.
113. O'Farrell, T. y Feehan M. (1999) Alcoholism Treatment and the Family: Do Family and Individual Treatment for Alcoholic Adults Have Preventive Effects for Children? *Journal of Studies on Alcohol/Supplement* 13:125-129.
114. Ochoa, Y. (1995) *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona, Herder.
115. Orford, J. Natera G, Davis J, Nava A, Mora J, Rigby K, Bradbury C, Bowie N, Copello A, Velleman R (1998) Tolerance, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93 (12): 1799-1813.
116. Orford, J. Natera G, Davis J, Nava A, Mora J, Rigby K, Bradbury C, Copello A, Velleman R (1998B) Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*, 21 (1): 1-13.
117. Orford, J. Natera G, Davis J, Nava A, Mora J, Rigby K, Bradbury C, Copello A, Velleman R (1998C) Social support in coping with alcohol and drug problems al

- home: findings from Mexican and English families. *Addiction Research*, 6 (5): 395 - 420.
118. Orford, J., Natera G, Copello A, Mora J, Velleman R (1997) Coping with alcohol and drug problems in English and Mexican families: a cross-cultural comparison. *Documento Interno*, IMP, México.
 119. organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (2000) Guía Internacional para Vigilar el Consumo de Alcohol y sus Consecuencias Sanitarias.
 120. Osborn, C. y Johanson, G. (2001) Development and Validation of the Theoretical Orientation Scale for Clinicians: Reflecting Solution-Focused Principles. *Assesment*, September 8(3) 301-313.
 121. Ostrosky-Solís F, López-Arango y Ardila A (1999) Influencias de la edad y de la Escolaridad en el Examen Breve del Estado mental (Mini-Mental State Examination) en una Población Hispano-Hablante. *Salud Mental* 22(3):20-26.
 122. Palazzoli, M., Boscolo, G., Cecchin, G. y Prata, G. (1986) Paradoja y Contraparadoja. un Nuevo Modelo en la Terapia de la Familia de Transición Esquizofrénica. México, Paidós.
 123. Petrakis IL, Gonzalez G, Rosenhenck R, Cristal JH (2002) Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric Disorder: An Overview. *Alcohol Research & Health*. Alcohol and Comorbid Mental Health Disorders (26)2:81-89.
 124. Polk, GW (1996) Treatment of problem drinking behavior using solution-focused therapy: A single subject desing. *Crisis Intervention*. (3): 13-24.
 125. Price, R.H. (1981) *Perspectivas Sobre la Conducta Anormal*. Interamericana, México.
 126. Prochaska, J, Di Clemente C., Norcross, J. En *Busca de Como Cambia la Gente*. Aplicaciones a las Conductas Adictivas: *American Psychologist* 47 (9): 1102-1114.
 127. Project Match Research Group (1997) Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* (58) 7-29
 128. Renzi y Flaglioni (1978) Token Test.
 129. Reuterlov, H., Lofgren, T., Nordstrom, K., Ternstrom, A. and Miller, S. (2000) What is Better? A Preliminary Investigation of Between-Session Change. *Journal of Systemic Therapies*; 19(1) 111-115.
 130. Rimm, D. C., & Masters, J. C. (1974). *Behavior therapy: Techniques and empirical findings*. New York: Academic Press. (Traducción: México, Trillas, 1985).
 131. Rimm, D. y Masters, J. (1982) *Terapia de la Conducta. Técnicas y Hallazgos Empíricos*. Trillas; México.

132. Robles T (1991) *Terapia Cortada a la Medida. Un Seminario Ericksoniano con Jeff K. Zeig.* Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México. México.
133. Rosenberg, B (2000) *Mandated Clients and Solution Focused Therapy: "It's Not My Miracle"* Journal of Systemic Therapies. Spring 19(1): 129-135.
134. Rosovsky H, Casanova L, Gutiérrez R, González L (1994) *Los Accidentes Y La Violencia En México: El Consumo De Alcohol Como Factor De Riesgo.* Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. 61-64.
135. Rosovsky H, Narváez A, Borges G, González L. (1992) *Evolución del consumo per capita de alcohol en México.* Salud Mental 15(1): 35-41.
136. Rosovsky, H. (1997) *El peso del consumo excesivo de alcohol en la atención a la salud.* Higiene. 5 (1 y 2): 31-35.
137. Rubino F (1992). *Neurologic Complications of Alcoholism.* Psychiatric Clinics of North America, 15 (2): 359-372.
138. Rudes, J., Shilts, L. y Berg, I. (1997) *Focused Supervision Seen Through a Recursive Frame Analysis.* Journal of Marital and Family Therapy. 23(2): 203-215
139. Sandi LE y Ávila K (1989) *Adaptación y validez del Índice de Gravedad de la Adicción en un grupo de población Costarricense.* Bol of Sanit Panam, 107(6): 561-567.
140. Schukitt MA, Hesselbrock V (1994). *Alcohol Dependence and Anxiety Disorders: What is the relationship?.* Am J Psychiatry, 151 (12): 1723-1734.
141. Seagram BC (1997) *The efficacy of solution-focused therapy with young offender.* Doctoral dissertation, York University, New York, Ontario.
142. Secretaría de Salud, INEGI, INPRF, DGE (1988, 1990, 1994, 1997 y 2002) *Encuesta Nacional de Adicciones, Alcohol.* México.
143. Shuckit M.A. (1994) *A clinical model of genetic influences in alcohol dependence.* Journal of Studies on Alcohol. 55:5-17.
144. Sistema de Vigilancia Epidemiológica (1998) *Epidemiología.* Número 24 Vol. 15, Semana 24, 14 al 20 de junio.
145. Skinner H (1977): *Lifetime Drinking History Structured Interview.* Toronto, Addiction Research Foundation.
146. Skinner H y Allen B (1983): *"Diferenciaal Assesment of Alcoholism. Evaluation of the Alcohol Use Inventory"* . Journal of Studies on Alcohol 44:5 852-862.
147. Skinner H, Horn J, Wanberg K y Foster F (1984): *Alcohol Dependence Scale.* Toronto, Addiction Research Foundation. Canada.
148. Solache-Alcaraz, G., Tapia-Conyer R., León, G., Lazcano, F., Borja, V y Sepúlveda, J (1990) *Encuesta Nacional de salud: El Consumo de Bebidas Alcohólicas* 13(3) pp 13-19.

149. Solís, L. (1990) Residential Services for the Drug and Alcohol Abuser: Characteristics, Matching and Evaluation. En Handbook on the Management of Substance Abuse for Developing Countries. Hubert Humperey Fellows in Substance Abuse, Baltimore, Maryland.
150. Solís, L. Cordero M. Cordero R. y Martínez M (2006) Caracterización del nivel de dependencia al etanol en habitantes de la Ciudad de México. Documento interno.
151. Solís, L. Cordero, M. (1999) El Uso de Servicios y las Recaídas de los Pacientes Alcohólicos en Tratamiento. Resultados de un Seguimiento Telefónico. En: Salud Mental 22(2): 1-6.
152. Solís, L. Fragoso, E. y Cordero, M. (2001) Índice de Severidad de la Adicción. Versión CAAF. Documento de circulación interna, Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente".
153. Solís, L. y Cordero M. (2000) Prevención de recaídas en Pacientes Alcohólicos. Costos Comparativos y Efectividad de Diversas Intervenciones, Documento interno.
154. Solís, L. y Guizar, F. (1996) El Modelo de Intervención del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares. En Salud Mental 19.
155. Spot, R., Redmond, C., Kahn, J., y Shin, S. (1997) A Prospective Validation Study of Inclination, Belief, and Context Predictors of Family - Focused Prevention Involment. Family Process 36:403-429.
156. Srivastav PK, Agarwal K y Kumar S (1989) Effects of Education and Sex on Some common Clinical Test Used in Mental Status Examinations. *Indian Journal of Psychiatry*, 31:134-138.
157. Stein, M (1999). Addictive Disorders. Medical Consequences of Substance Abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(2): 351-370.
158. Sudman P (1997) Solution-focused ideas in social work. *Journal of Family Therapy*. (19): 159-172.
159. Sundstrom SM (1993) Single-session psychotherapy for depression: Is it better to or solutions? Unpublished doctoral dissertation, Iowa State University, Ames, IA.
160. Tarter, R.E. Arria, A. and Van Thiel, D.H. Liver-brain interactions in alcoholism. In Hunt, W.A. and Nixon, S.J. eds Alcohol-Induced Brain Damage. NIAAA Research Monograph No. 22. Rockville, M.D: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1993 pp 415-429.
161. Tenorio R, Mendoza C. (1998). La estructura familiar del alcohólico. *Trabajo Social*, 22: 40-50.
162. Tenorio, R. Figueroa, E. y Natera, G. (1994) Relación del Familiar con el Sujeto Alcohólico: Una Aproximación Sistémica. *Revista de Trabajo Social* 2(6-7):74-86.

163. Tenorio, R., Natera, G. y Cordero, M. (1999) "Mujer y Alcohol: Características Sociodemográficas de un Grupo de Mujeres que Acudieron a Tratamiento" En: Anales de Trabajo Social No. 1.
164. Torres de Galvis Y (1993) Validación y utilización de instrumentos clínico investigativos en salud mental y farmacodependencia. Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín, Colombia.
165. Torres-Torija J y Lara-Muñoz, MC (2002) Apego al tratamiento psicoterapéutico y resultados de una intervención breve en pacientes de consulta externa psiquiátrica. *Salud Mental* 25(6):27-33.
166. Triantafillou N (1997) A solution focused approach to mental health supervision. *The Journal of Systemic Therapies*. 16(4):305-329.
167. Turull F (1883) El manejo de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en México. *Salud Mental* 6(2): 15-17
168. Wanberg K, Horn J and Foster F (1997): "A Differential Assessment Model of Alcoholism; the Scales of the Alcohol Use Inventory". *Journal of Studies on Alcohol* 38:512-543.
169. Watzlawick, P., Babelas J., y Jackson, D. (1981) Teoría de la Comunicación Humana - Interacciones, Patología, y Paradojas. Herder, Barcelona.
170. Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch R. (1976) Cambio, Formación y Solución de los Problemas Humanos. Herder, Barcelona.
171. Willenbring M and Bielinski J (1994): "A Comprasion of the Alcohol Dependence Scale and Clinical Diagnosis of Alcohol Dependence in Male Medical Outpatients". *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. 18(3): 715-719.
172. Willett J, and Singer J. (1993) Investigating Onset, Cessation, Relapse, and Recovery: Why You Should, and How Can, Use Discrete-Time Survival Analysis to Examine Even Occurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 61(6): 952-965.
173. Willett J, and Singer J. (1994) Desining and analyzing studies of onset, cessation, and relapse: Using survival analysis in drug abuse prevention research. NIDA Research Monograph, 142:196-263.
174. Wolpe J (1958) Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford University Press. (Traducción: México, Trillas, 1980).
175. World Health Organization (1994) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Version for 2006 .
176. World Health Organization (2000) Evaluation on Psychoactive Substance Use Disorder Treatment.
177. World Health Organization (2000a) International Guidelines for Evaluation of Treatment Services and Systems for Psychoactive Substance Use Disorders.

178. World Health Organization (2004) Global Status Report on Alcohol.
179. Wright RE (1999) Survival Analysis. In *Reading and understanding more multivariate statistics*. Grimm, L and Yarnold, P (Eds) American Psychological Association. Washington, D.C.
180. Zimmerman TS, Jacobsen RB, MacIntyre M & Watson C (1996) Solution-focused parenting groups: an empirical study. *Journal of Systemic Therapies*. (15): 12-25.
181. Zimmerman TS, Prest LA& Wetzel BE (1997) Solution-focused couples therapy groups: an empirical study. *Journal of Family Therapy*. (19):125-1444

Anexos

1. Manual de Procedimientos

Terapia Centrada en Soluciones en Usuarios de alcohol

1.Principios y Supuestos Principales

Según los autores originales (Berg y Miler,1996; de Shazer, 1989/1992) la TCS se rige por los siguientes principios involucrados en todo el proceso terapéutico:

1. Énfasis en la salud mental y no en la enfermedad mental, este principio se traduce en sesiones terapéuticas en las que la atención se concentra en los éxitos de los usuarios en el manejo de sus problemas, se tiende a buscar lo que está bien y se trata de identificar cómo usarlo; este principio parte de la premisa de que las pautas sanas ya existen pero simplemente no se las ha reconocido, las cuales se vinculan a la solución. Se ponen de relieve, la capacidad, los recursos y sus habilidades y no sus carencias e incapacidades.
2. Utilización, consiste en aceptar el marco de referencia del usuario por el profesional a fin de trabajar dentro de él, a través de hacer uso de los recursos, habilidades, conocimientos, creencias, motivación, comportamiento, síntomas, red social, circunstancias e idiosincrasias personales de los pacientes para conducirlos a resultados que deseen lograr.
3. Una visión atórica / no normativa / determinada por el usuario, se omiten presunciones acerca de la “verdadera” naturaleza de los problemas que los usuarios experimentan como consecuencia del alcohol; a cambio observa la particular molestia del individuo; lo cual permite al profesional de la salud mental renunciar al rol de experto o maestro a favor del rol de estudiante o aprendiz, de tal manera que se indaga su singular manera de conceptualizar la dolencia que lo llevo a buscar tratamiento y simplemente se acepta la visión del cliente en su significado literal.
4. Parquedad, se identifican los medios más simples y directos para llegar a la solución, en consonancia con la premisa de Ockam respecto a lo que se puede hacer con pocos medios falla si se hace con muchos, lo cual permite economizar los medios para lograr los fines terapéuticos.
5. El cambio es inevitable.- Se fundamenta en la noción de que el cambio forma parte de la vida hasta tal punto que los usuarios no pueden dejar de cambiar, nada sucede siempre, si hay excepción a la regla, ya no es regla; por lo tanto, los cambios que se producen de manera natural se utilizan para llegar a una solución.
6. Orientación hacia el presente y futuro, en este aspecto se da preponderancia al ajuste de los clientes en el presente y en el futuro y no en el pasado, ello no quiere decir que lo que las personas comunican en el presente acerca de su pasado no sea considerado importante, por el contrario, se entiende que esa información es un reflejo de la manera en que los pacientes están viviendo sus vidas en el momento actual.

7. Cooperación, se refiere a trabajar junto con el otro, donde no solo el usuario coopera con el terapeuta, si no que éste también coopera con el usuario.
8. Filosofía Central
 - a. Si no esta roto, ¡no lo componga!
 - b. Una vez que sepa usted que es lo que funciona ¡haga más de lo mismo!
 - c. Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡Haga algo diferente!

2. Descripción del Proceso

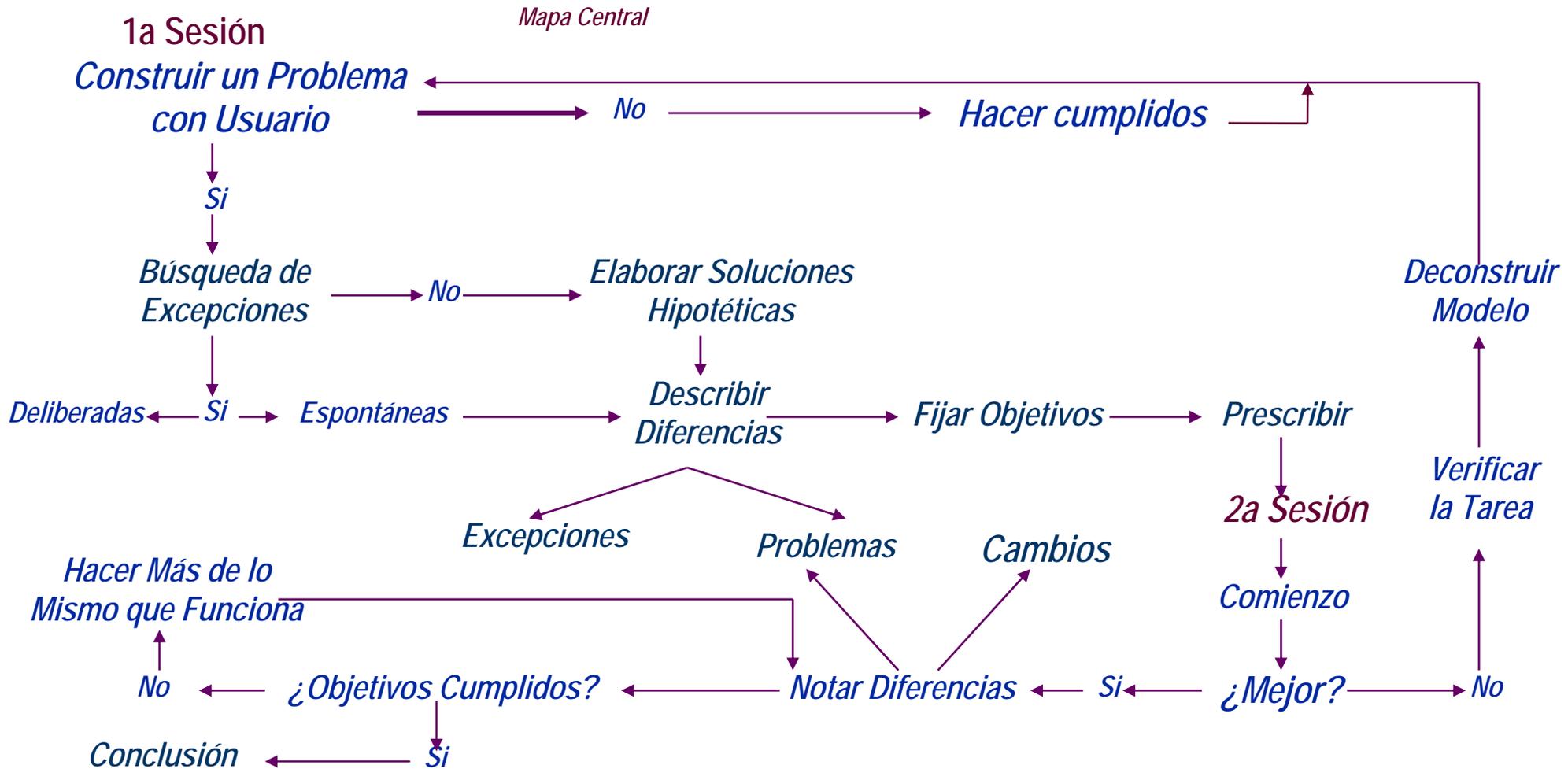
De acuerdo a Berg, de Shazer y Scott (1996) Beltrán y Mandujano (1999) la Terapia Centrada en Soluciones abarca las siguientes etapas:

- Descripción del problema.
- Búsqueda de excepciones.
- Identificar la forma de cooperación del paciente.
- Construcción de la solución.
- Evaluación del cambio.

El procedimiento mencionado se muestra en la figura 1 Mapa Central a manera de diagrama de flujo. Ahora bien, es menester citar la aclaración que De Schazer (1998) hace en torno a este mapa:

“El mapa es “de-scriptivo” y no “pre-scriptivo”. Describe lo que hacen los terapeutas, centrados en la solución y no lo que deberían hacer. O sea, el mapa no es el “camino correcto” o del “único camino”, ni siquiera del “mejor camino”. Simplemente es un mapa del modo en que los terapeutas CTFB se comportan durante una entrevista y que indica que existe un parecido familiar ente diversas entrevistas centradas en la solución”

Figura 1
Mapa Central



1ª Sesión:

Se abre la sesión solicitando nuevamente la autorización del usuario para grabar las sesiones en audio y video, como sigue a continuación:

T H estamos realizando una investigación que pretende evaluar el tratamiento que está por iniciar en el Servicio de Psicología, la información que nos proporcione será totalmente confidencial y si se llega a publicar dicha información, omitiremos toda información que lo pueda identificar ¿Usted esta de acuerdo en participar?

P Si

T Nos autoriza para grabar en audio y video la primera sesión?

P Si

1. Construcción del problema:

Se realiza a partir de conocer la forma en la que ocurren las relaciones del alcohólico con su entorno a fin de construir un problema; es decir, lograr una descripción conductual del fenómeno que refiere como motivo de consulta en una situación determinada, en un momento determinado.

Se observa la particular molestia de cada paciente acerca del consumo de alcohol a fin de buscar la solución adecuada, se indagan la manera muy singular de conceptualizar el problema que lo llevó a solicitar tratamiento, tal como se muestra en el siguiente ejemplo:

T Muy bien H, a mí me gustaría empezar por saber ¿qué le trajo a éste Centro?

P Bueno, por lo regular tomo cada quince días con mis papás, y luego posteriormente empecé a tomar ya cada semana, empecé a tomar ya en el trabajo, igual por los problemas que tenía empezaba a tomar, hace como un mes empecé a tomar dos veces a la semana y ya empezaba a ponerme un poco agresivo con mi esposa, estaba muy irritable y fue uno de los motivos por los cuales también estaba muy estresado, era como el problema conmigo que estaba presentando, ahorita afortunadamente ya estoy empezando a solucionar

T ¿Qué problema?

P Económico

T ¿Económico?

P Económico, de un dinero que pedí prestado para unos gastos y estaba pagando intereses un poco altos, entonces no estaba muy a gusto con los intereses, ahorita ya afortunadamente logré conseguir dinero y estoy pagando esos intereses y ya estoy un poco más tranquilo, de hecho a raíz de la última cita que tuve yo con usted ya no tomé

T ¿Nada tomó?

P Luego la siguiente, no pude venir y de hecho éstos.... ¿qué será....?

T ¿Casi un mes, no?

P Casi un mes no he tomado, si a caso lo que logré beber fue una cerveza sin alcohol, me tomé dos, tres cervezas y nada más he estado tranquilo hasta ahorita

T Me da gusto!!! H lo que usted menciona es muy importante para nosotros, nosotros partimos de la idea de que ustedes al llegar aquí ya han hecho algo, ya llevan iniciado, o por lo menos tienen una idea de qué va a seguir. A mí me gustaría saber H ¿qué idea tenía al llegar a este Centro? ¿Qué pensaba que iba a suceder, concretamente en el Psicología?

P Lo que pasa es que estuve buscando, tratando de acudir a un lugar, pero lo que yo deseaba era un lugar que dieran atención multidisciplinaria y con profesionales, entonces, de hecho alcohólicos anónimos nunca me llamó la atención llegué una vez y eso porque mi papá me insistió a alcohólicos anónimos , me dijeron que eso era una sesión, la verdad no me agradó la forma en que llevan sus sesiones y afortunadamente logré ver que no estoy todavía del todo grave, tan grave y lo que quiero es no caer en eso, porque el profesionalista tiene otras expectativas y otras cosas

T Claro

P Entonces me enteré por medio de la revista muy interesante, donde está este Centro y fue cuando vine, principalmente para esto, entonces lo que intento es tratar de dejar de tomar, pero ya ve que desgraciadamente socialmente, es un convivir constante ¿no?, a veces lo hace a uno tomar alguna copilla, entonces si no puedo dejar de tomar, al menos tratar de controlarme

T Y usted ¿Qué quiere?

P Dejar de tomar

T ¿Dejar de tomar?

P No, si quiero yo si quiero dejar de tomar, ¿si?, si se puede

T Aja

P Pero si no, entonces hablar por ejemplo de las opciones, por ejemplo beber cerveza sin alcohol, o vinos tintos y todo eso, bueno sería una buena opción para empezar a lo mejor y algo se refleja ¿no?

T A usted ¿le gustaría empezar así?

P Pues si, si definitivamente se puede dejar de beber completamente

2. *Búsqueda de excepciones:*

Se detectan las ocasiones en las que la bebida no era problema; es decir, se buscan excepciones, las cuales se pueden lograr a través de la formulación de preguntas presuposicionales tales como las siguientes: ¿Cómo es su vida cuando el problema no está presente?, ¿cómo será su vida cuando el problema desaparezca por completo?

Con las respuestas obtenidas se pueden señalar diferencias entre el problema y las excepciones para fijar objetivos claros y pasar a la prescripción.

T Usted señaló hace un momento, es que yo en este mes que no nos vimos ya he dejado y han cambiado las cosas, ¿de qué manera ha a cambiado el hecho de que usted pueda mantenerse sobrio en su vida cotidiana, en este mes?

P Mire lo que pasa es que toda mí forma, ¿cómo le diré?, la frecuencia con la que tomo, cuando estaba tomando, no me estaba afectando en mis labores cotidianas, o sea, yo tomaba por ejemplo, salía de trabajar, me tomaba unas copas, me emborrachaba al otro día me despertaba y me iba a trabajar, o sea me estaba afectando, principalmente con mi relación de familia y principalmente con mi esposa, de hecho, yo ya estaba llegando a algún plan de separarme, porque desgraciadamente cuando uno toma, a uno le valé todo, a uno no le importa nada, entonces ya estaba pensando en eso, de hecho ya tenía problemas desde antes. Empezamos a decir, vamos a buscar a alguien para que nos ayude, nos apoye para ver, yo creo estamos en crisis, ya tenemos diez años, estamos en la crisis de los diez años que le llaman, y bueno vamos a buscar a alguien digo, porque si no vamos a tronar, pero si ya me estaba afectado mucho en lo familiar

T Bien, ya le estaba afectando mucho y, supongo que este tiempo, este mes han cambiado las cosas ¿no?

P Si, hemos estado más tranquilos

T ¿Han estado más tranquilos?, ¿qué hacen?

P Mire como le digo, del dinero, una persona me lo prestó, y ya lo liquidé, entonces no hay problema, eso me hizo ya tranquilizarme, por lo tanto, la verdad, lo que quiero es ya no tomar, ya no nos hemos enojado tanto

2.1 Construcción de situaciones hipotéticas:

Si la excepción al problema no se genera, entonces, se procede a la elaboración de soluciones hipotéticas con el fin de trazar objetivos de los que habrá de elegirse el que represente un cambio pequeño y fácil de lograr por parte del cliente; todo esto sugiere el modelo se puede hacer en la primera sesión, tal como se ejemplifica a continuación:

M Muy bien, entonces, déjeme ver si entiendo H, nosotros nos vamos a dar cuenta cuando usted, se esté manteniendo en abstinencia, estará manteniéndose sobrio cuando los problemas en su casa también disminuyan, puedan llevarse bien, en el trabajo esté tranquilo, esté menos irritable, vamos que lo inviten a una fiesta, a una reunión y usted pueda mantenerse sobrio

H Sobrio, si

3. Identificar el tipo de relación que se establece entre el terapeuta y el usuario:

Se identifica la forma de cooperación del paciente a fin de diseñar la intervención; es decir, se pretende ubicar si es un paciente acude a tratamiento de forma involuntaria, coercitiva o involuntaria.

1. ¿Es visitante?.- Al llegar, el usuario tiene a alguien a quién visitar, al parecer no hay motivo de consulta, existe una coerción implícita o explícita; por consiguiente no hay problema, por ende, no hay terapia, ya que el usuario rechaza toda intervención (Caso de V, ver video) Lo que el terapeuta realiza es pensar en la situación como una visita, identificar lo que funciona, por lo cual no hay tareas y se ubica al comprador.
2. ¿Es Demandante? Llega presentado la queja, no hay motivo de consulta identificado por el cliente y terapeuta, por lo cual se puede empezar el proceso sin identificar los pasos que el usuario ha de dar para producir la solución; hay problema pero el usuario no se visualiza en la solución; tal como se identifica en el Caso 2:

T Me gustaría saber específicamente ¿Por dónde le gustaría entrar? ¿Por cuál de éstas situaciones? O ¿hay situaciones particulares que le gustaría ir desentrañando?

P Pues la problemática con mi esposa es complicada ¿no?

T ¿Es complicada?

P Es complicada

T ¿En qué sentido?

Pues hay mucho insulto, mucha humillación de parte de ella hacía a mí y a veces yo también, pero constantemente me humilla y me insulta y eso me,

P provoca mucha tensión

T Usted considera que ¿Hay una situación que desencadene estos insultos en particular?

P Pues cuando bebo es cuando más se pone así, pero aunque no beba, vamos cuando, cuando bebo se agudiza más, pero aunque no beba me insulta mucho, me humilla mucho

Por consiguiente lo que el terapeuta realiza es prescribir tareas de formula de la primera sesión, orientadas a soluciones eficaces no relacionadas directamente con la conducta sintomática; y permite identificar al comprador.

T De aquí a la siguiente sesión me gustaría que observe y anote aquello que ocurre en su vida diaria y que usted quiera seguir manteniendo

P Si, está bien

3. ¿Es comprador? Tiene alguien a quién comprarle algo, hay un motivo de consulta y por lo tanto un objetivo, en tanto el usuario se percibe como parte de la solución, tal como ocurre en el Caso 3

T Muy bien RC quisiera que me comentarás ¿qué te hizo venir a este centro?

P Bueno, en principio empecé a empezaba a tomar a los 15 años más o menos, y al principio era pura diversión, me gustaba salir, pero después ya empezaba, según me comentaban varias cosas que ya no quería hacer, que ya no quería, ya me sentía mal conmigo mismo, y la última vez mi mamá me recomendó que viniera a este lugar, o sea bueno me recomendó que viniera, porque era ayuda, y como yo también ya no estaba controlando mis acciones, me sentía muy mal conmigo mismo y decidí a venir.

T ¿Qué es lo que te hizo sentir mal?, dices que ya no controlabas tus acciones

P Si

T Pero ¿qué significa eso?

P ¿Qué significa?

T Si

P Bueno, cuando tomaba ya alcohol, bebía alcohol y había ocasiones en que me salía a tomar, ¿no?, me exponía, en la última ocasión que conduje, iba

ebrio, iba con unos amigos y casi tengo un percance y entonces al otro día ya empezaba a recordar, me decían: no, es que ibas así y así, y decía no, pues es que yo no quise hacer eso y me empezaba a sentir mal, ¿para qué lo hice? y esa es la forma en la que no empezaba a controlar mis acciones.

T Muy bien, cuando tu me dices que ya no te podías controlar, y que te sugirió tu mamá venir a este centro tu ¿qué esperabas?, ¿qué idea tenías al llegar aquí?

P Bueno al principio, yo quería que me dijeran si había una esperanza, que si podía controlar mi forma de beber, al principio, después me explicaron que si se podía, que necesitaba venir y me despejaron algunas dudas que tenía acerca de mi forma de beber y ahorita ya sé que es un Centro de ayuda, y saber que si puedo

T ¿Qué si puedes, qué?

P Dejar de beber

T ¿Dejar de beber?

P Controlar mi forma de beber

T ¿Controlar o dejar de beber?

P Controlar

T ¿Qué sería para ti controlar tu forma de beber?

P Bueno, pues en alguna fiesta, en alguna convivencia, tomar una cerveza, dos cervezas, pero hasta ahí, sin salir de mi mismo y mis acciones.

T ¿Cómo será cuando tu controlarás tu forma de beber?

P Pues cuando me ponga a platicar con mis amigos, cuando no me concentre nada más en estar tomando, en convivir, en platicar, en estar bien un rato, y no estar nada más tomando, tomando, eso sería

T Este fin de semana ¿qué ocurrió? Dónde tu dices solo pudiste tomar solo dos cervezas, ¿pudiste concentrarte en convivir, en platicar más, en estar más con tus amigos?

P Si, me concentré más en otras actividades, y yo me comparo con la persona que era antes, que si me concentraba más en la bebida, empezaba a tomar, a tomar y si platicaba algún rato y eso, pero si tomaba más, esta vez me pusé a hacer muchas otras cosas

T Estas otras cosas ¿qué fueron?

- P** Eh jugar ping pong, platicar con algunos amigos o conocidos que fueron y escuchar la música, sin dejar que ésta dominara mis emociones para regresar a tomar más
- T** Y el domingo ¿si pudiste hacerlo?
- P** Si, me dio gusto que no me dominó la situación de estar con otras personas y querer ingerir más fácil
- T** Estas otras personas ¿eran tus amigos, tu familia?
- P** Había un primo y los demás eran otros amigos, pero ellos si toman, pero yo no he visto que lleguen un grado que se queden tirados o los lleven a la cama y yo si era así
- T** Muy bien, por ejemplo, en posteriores fiestas, si tu logras centrarte en otras actividades que existan, ya sea jugar, ya sea platicar, ya sea conversar y que el consumo de alcohol sea sólo dos cervezas, tu ¿te sientes capaz de hacerlo?
- P** .Si, si me siento capaz, me costaría trabajo

La labor del terapeuta consiste en elaborar tareas directas como realice más conductas satisfactorias y diferentes, como por ejemplo:

- P** Este último fin de semana si me sentí bien
- T** ¿Si te sentiste bien?
- P** Si, contento
- T** Bien, contento, ¿qué más?
- P** Me sentí contento, satisfecho, satisfecho de mí, de que no necesité de algo extremo para entrar en ambiente
- T** ¿pudiste entrar en ambiente este fin de semana?
- P** ¿Cómo?
- T** Eso ¿qué implicó estar en ambiente, sentirte satisfecho, no defraudarte?
- P** No me defraudé
- T** Y por ejemplo ¿el hecho de que tu entraste en ambiente, entonces no te aislaste, sino que pudiste integrarte?

- P Si, pude integrarme, esta vez si pude integrarme, no me aislé, si me pude integrar
- T ¿Qué crees que pasó para que te pudieras integrar?
- P ¿Qué creo que pasó? pues ya no pensé como en otras ocasiones que necesitaba el abuso de alcohol para querer entrar en ambiente, querer integrarme, esta vez me sentí bien, no necesité el alcohol
- T ¿Vas a tener una fiesta la siguiente semana?
- P Mm, si, probablemente
- T ¿Los fines de semana es cuando bebes o también entre semana?
- P No, los puros fines de semana
- T Si la siguiente semana, en la siguiente fiesta que tuvieras con tus amigos, pudieras centrarte en, en convivir, en no aislarte, sino poder integrarte con los demás, poder platicar y poder divertirte sin defraudarte a ti mismo, ¿eso implicaría que te sintieras bien?
- P Si, que me sintiera en un equilibrio, que si estoy así entre semana, también esté el fin de semana, no que hubiera cambios, que entre semana fuera muy serio y el fin de semana sea otra persona diferente, alguien que se esta riendo, que se quita el fin de semana, que se ríen de él y me gustaría tener ese equilibrio de ser la persona que soy entre semana y en fin de semana ser, ser igual
- T Muy bien, y ¿Qué te falta para hacerlo?
- P ¿Para estar en equilibrio?
- T Si
- P Bueno, pues ahorita ya más bien me di cuenta que la bebida me estaba afectando y quiero, ¿qué me falta para hacerlo?, pues la verdad, hacer otras cosas en la fiesta, otras cosas como pararme a bailar sin estar tomando o ponerme a platicar con otra persona
- T Mhm ¿Te gusta bailar?
- P Si
- T ¿Sabes bailar?
- P Si
- T Si las siguientes, las posteriores semanas, te dieras a la tarea de experimentar cómo es divertirse sin necesitar alcohol, integrarse y entrar

en ambiente sin que te defraudes a ti mismo tu ¿crees que puedes lograrlo?

P Si, si me di cuenta que si, que si puedo lograr hacer eso

T Me parece muy importante que tu te hayas dado cuenta de eso, yo creo que ustedes vienen aquí porque no solamente se dan cuenta que tienen un problema, sino que ya han hecho cosas para solucionar ese problema, tu por ejemplo ya has hecho cosas y te pudiste dar cuenta cómo es divertirse, estar en ambiente, no aislarse, sin estar ebrio, sin estar tomado, sin tirarse, ni tampoco sin defraudarte a ti mismo, y me da la impresión que el hecho de que tu te hayas centrado precisamente en otras actividades y hayas permitido, darte el chance de no aislarte, sino estar en ambiente, ¿te ayudó precisamente a que en la fiesta sólo consumieras dos cervezas?

P Si

T Muy bien, ¿Si esto tu lo continuarás haciendo?

4. Definición de Objetivos

Una vez definido el problema, las sesiones posteriores van dirigidas a provocar cambios perceptivos y conductuales que se elaboran conjuntamente tanto el terapeuta y el paciente, procurando iniciar la solución mediante el cambio mínimo.

5. Construcción de la solución

Para llevar a cabo una solución significativa al paciente implica identificar los recursos potenciales de cada paciente tiene, conocer la historia personal de cada individuo, la forma en que piensa y los significados que le otorga a sus relaciones interpersonales para utilizar su propio lenguaje como recurso terapéutico, de esta manera, se conoce lo que está bien y se ubica cómo utilizarlo; de esta manera, el terapeuta acepta el marco de referencia del paciente y trabaja dentro de él, haciendo énfasis en el presente y no en el pasado.

Ochoa (1995) considera que las intervenciones se realizan en función del nivel de la pauta recursiva de conducta, las cuales pueden ser:

- *Intervenciones sobre la secuencia sintomática.*- Se cambia la frecuencia, momento de aparición, las personas involucradas, la duración y lugar donde se produce el consumo de alcohol; tiene como fin cambiar la secuencia sintomática, a partir de descomponerla en elementos más pequeños y unir la aparición del problema a una actividad gravosa.
- *Intervención sobre el patrón de contexto.*- A partir de la identificación de las pautas recursivas se alteran las interacciones que acompañan habitualmente el consumo.
- *Tareas de fórmula.*- Se encuentran tres tipos principales de tarea y son:
 - ✓ Tarea de fórmula de la primera sesión.- Son tareas orientadas a soluciones eficaces no relacionadas directamente con la conducta sintomática, y consiste

en solicitarle al paciente: “desde ahora y hasta la siguiente sesión observe y anote aquello que ocurre en su vida diaria y que usted quiera seguir manteniendo”.

- ✓ Tarea de la sorpresa.- Se pide al paciente que realice algo nuevo y sorprendente, con el fin de romper la persistencia de patrones conductuales habituales, proporcionando conductas nuevas que se conviertan en una solución nueva.
- ✓ Tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces.- Establecen y amplían las estrategias adecuadas de solución del problema, se emplean cuando el paciente no provoca de forma deliberada la solución adecuada y consiste en solicitarle que: “prediga todas las mañanas si antes del medio día tendrá alguna solución eficaz”.

No obstante, durante el proceso terapéutico, también se utilizan las siguientes intervenciones:

- *Prescripciones Ritualizadas.*-Tiene como objetivos asegurarse que se introduce una conducta y/o información nueva, que se realza esa conducta nueva y, a partir de ella genera un nuevo patrón de interacción. Se emplea cuando el paciente se encuentra en un grave estado de confusión como una manera de introducir orden, hay diferentes tipos de prescripciones ritualizadas, tales como: Días Buenos, Días Malos, Escribir Leer, y Quemar, La Pelea Estructurada; el cual va a depender del síntoma que se presente, y es necesario considerar que no son los únicos, sino que también el terapeuta puede diseñar otros una vez que se ha identificado la pauta y se propone otra conducta alternativa (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986)
- *Las Metáforas.*- Tiene como objetivos obviar las estrategias de tipo relacional que el cliente pueda oponer a la intervención del terapeuta, revelar información de su patrón de interacción y hacer que el propio cliente sea quien descubre la solución a su problema. Se emplea en casos en que el cliente utilice su razón para analizar la intervención derivándose de ella un cambio y donde las técnicas directas han fracasado, valiéndose para ello del relato de historias, donde el cliente tiene que deducir alguna consecuencia relacionada con su síntoma, ya sea de manera racional o espontánea. Según Watzlawick (1981), las intervenciones metafóricas se emplean para transmitir un mensaje no relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales y se confía en que ejerza su acción por vía analógica. El mensaje puede ser una nueva redefinición del problema, una solución al mismo, o ambos a la vez (Ochoa, 1995, Navarro, 1992)
- *La imaginación,* donde el paciente vislumbra en el futuro lo que necesita hacer, y con qué personas lo va a hacer, para llevar a cabo cambios mínimos en el presente que impliquen un efecto de bola de nieve, y de esta manera diseñe junto con el terapeuta las metas de tratamiento, entre las cuales está la reducción y/o abstinencia del consumo de

alcohol, ubicando de una manera continua la forma en que actuará a diario, lo cual a su vez logre que el consumo de alcohol deje de ser problema (Berg y Miller, 1996).

6. Evaluación de la intervención

Al final de cada sesión, se realiza una evaluación a través de una escala de valoración del paciente de la siguiente manera:

En una escala de 1 a 10, donde 1 significa la gravedad de su problema antes de venir aquí y 10 la mejoría, ¿dónde se ubica en este momento?, ¿Qué hace falta para pasar de esta calificación a otra? (Ochoa, 1995; Berg y Miller, 1996)

Esto permite identificar cómo ampliar y mantener los cambios que se han logrado con las sesiones.

7. Cierre del proceso terapéutico

El cierre de cada sesión se lleva a cabo a partir de resumir los cambios realizados durante el proceso terapéutico, se enfatizan los recursos que le permitieron lograrlos y se orientan a futuro las soluciones posibles a cualquier problemática que surgiera a fin de ubicarlo como parte de ellas, se realiza una evaluación del terapeuta y del proceso, dejando abierto el espacio en el momento en que lo considere necesario.

El modelo considera un máximo de 12 sesiones, para dar por concluido el proceso es necesario considerar el momento en que se cumplieron las metas establecidas al principio del tratamiento. y debido a que es una intervención que considera las necesidades de cada paciente presenta una problemática diferente en función de su historia personal, se considera que se emplean las primeras tres sesiones en la construcción del problema y el resto en la intervención; sin embargo, pueden variar en función del cumplimiento de las metas y de la escala de valoración del paciente.

El registro de las intervenciones se realizan con base a los siguientes criterios:

- Conductas, interacciones o categorías de la interacción que hacen posible una solución eficaz dentro y fuera de la conducta sintomática.
- Descripción de condiciones en las cuales surge el problema y en las cuales el problema se presenta en menor medida.
- Excepciones espontáneas o deliberadas.
- Propuestas posibles de la intervención.
- Intervención realizada.
- Resultado de la intervención.
- Valoración de la gravedad del paciente sesión por sesión (Ibíd.).

2. Hoja de Consentimiento Informado

Centro De Ayuda al Alcohólico y a sus Familiares

Proyecto: Efectividad de la Terapia Centrada en Soluciones en Dependientes al Etanol

Fecha: _____

Por este conducto hago patente que los terapeutas y el personal del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares me han informado que:

- Participaré como paciente en un proyecto de investigación dirigido a evaluar los resultados del tratamiento para personas con consumo de alcohol.
- El tratamiento es proporcionado por Psicólogos ampliamente capacitados.
- El proyecto se basa en la aplicación de técnicas psicológicas para modificar la conducta por medio de la realización de sesiones individuales mediante la practica de ejercicios tendientes todos ellos a cambiar la manera en que bebo.
- Debido a que el tratamiento que estoy por comenzar es diseñado de acuerdo a mis necesidades, es necesario grabarme en audio y video cada una de las sesiones, a fin de que se realicen los cambios pertinentes y la información se agregue a mi expediente clínico.
- El procedimiento se usa en otros países con probada eficacia en personas con problemas en el consumo de alcohol.
- El proyecto requiere de mi participación de forma continua tanto mientras duren las sesiones; como después de tres y seis meses de concluirse el tratamiento; por lo tanto, si decido abandonar el tratamiento antes de concluirlo seré solicitado para las entrevistas de seguimiento.
- Puedo abandonar en el momento que desee mi tratamiento; pero si decido no continuar en la investigación y continuar en tratamiento, mi tratamiento no se verá afectado.
- Los datos proporcionados durante el tratamiento y las entrevistas de seguimiento son manejados únicamente por los terapeutas participantes en mi tratamiento, por lo tanto toda la información que proporcione es estrictamente CONFIDENCIAL, y cualquier uso con fines académicos no me identificarán y se mantendrá la confidencialidad de la información que proporcione.

Asimismo mediante este documento **HAGO PATENTE** mi consentimiento para participar de forma voluntaria y consciente en este proceso.

Investigador

Nombre y Firma del Paciente

3.Instrumentos

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ”
CENTRO DE AYUDA AL ALCOHÓLICO Y SUS FAMILIARES**

CÉDULA DE PRECONSULTA

INSTRUCCIONES: ENCIERRE EN UN CIRCULO LA RESPUESTA APROPIADA. CUANDO LA PREGUNTA SEA ABIERTA ESCRIBA EN EL RENGLÓN LA INFORMACIÓN QUE SE SOLICITA. RESPONDA SOLO LAS PREGUNTAS QUE CORRESPONDEN A PACIENTES O FAMILIARES SEGÚN SEA EL CASO. SI TIENE DUDAS O NO PUEDE ESCRIBIR INDIQUE A LA PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN LA RECEPCIÓN.

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

NO. PRECONSULTA _____ TURNO : 1. MATUTINO 2. VESPERTINO
FECHA _____ HORA: _____
Año Mes Día

SECCION A :PACIENTE/FAMILIAR:

CONTESTE ESTA SECCION SÍ ES PACIENTE O FAMILIAR DE PACIENTE:

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE _____
(Escriba su nombre completo, cuando son dos los solicitantes anote el nombre del paciente)

2. SEXO
1. MASCULINO
2. FEMENINO

3. EDAD _____
(años cumplidos)

4. ESTADO CIVIL
1. SOLTERO
2. CASADO
3. UNIÓN LIBRE
4. SEPARADO
5. DIVORCIADO
6. VIUDO
7. OTROS

5. ES FAMILIAR ?
1. SI 2. NO

5.1. INDIQUE EL PARENTESCO CON EL PACIENTE

1. PADRE
2. MADRE
3. ESPOSA
4. ESPOSO
5. HIJO
6. HIJA
7. OTRO

6. ES PACIENTE ?
1. SI 2. NO

7. OCUPACIÓN

8. ESCOLARIDAD

1. SIN OCUPACIÓN
2. AMA DE CASA
3. ESTUDIANTE
4. SUBEMP. O EVENTUAL
5. CAMPESINO
6. EMPLEADO
7. COMERCIANTE
8. PROFESIONISTA

1. SOLO SABE LEER Y ESCRIBIR
2. PRIMARIA COMPLETA
3. PRIMARIA INCOMPLETA
4. SECUNDARIA COMPLETA
5. SECUNDARIA INCOMPLETA
6. PREPARATORIA COMPLETA
7. PREPARATORIA INCOMPLETA

8. ESCUELA TÉCNICA COMPLETA
9. ESCUELA TÉCNICA INCOMPLETA
10. PROFESIONAL COMPLETA
11. PROFESIONAL INCOMPLETA
12. POSTGRADO
13. ANALFABETA

9. RELIGIÓN (ESPECIFIQUE): _____
(Anote cual es su religión)

10. LA PRACTICA ? 1.SI 2. NO

PR-2

11. ORIGINARIO DE (ENTIDAD): _____

(Diga donde nació)

Localidad

Estado

11.1 TIEMPO EN AÑOS DE VIVIR EN LA CD. DE MEXICO _____

12. DOMICILIO:

(Anote su domicilio lo mas completo posible)

Calle _____ Número _____

Colonia

Delegación o Municipio

C.P.

Entidad Federativa

Telef. casa

Telef. trabajo

Otros

13. MOTIVO DE LA CONSULTA

(Diga según sus propias palabras, las causas por la que solicita la consulta)

14. COMO SE ENTERÓ DE LOS SERVICIOS DEL CAAF

(Diga como supo de los servicios de este Centro)

SECCION B:

CONTESTE ESTA SECCION SI ES PACIENTE, SI ES FAMILIAR NO LA RESPONDA.

15.FECHA DE LA ULTIMA VEZ QUE BEBIÓ (APROXIMADA) FECHA _____
Año Mes Día

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

ESTA SECCION DEBERA SER LLENADA POR LA PERSONA QUE RECIBE AL PACIENTE EN EL MODULO DE RECEPCIÓN.

16. CONDICIONES ACTUALES DEL USUARIO

1. SINDROME DE ABSTINENCIA
2. INTOXICACIÓN LEVE
3. INTOXICACIÓN SEVERA
4. TRASTORNO PSIQUIATRICO

5. ENFERMEDAD MEDICA O FÍSICA
6. PROBLEMAS CON LA FAMILIA
7. OTROS (ESPECIFIQUE)

SECCION C: PACIENTE/FAMILIAR
ESTA SECCION DEBE SER CONTESTADA POR PACIENTES O FAMILIARES

17. A QUE ATRIBUYE USTED SU PROBLEMA (O DE SU FAMILIAR) CON EL ALCOHOL

18. QUE ESPERA DEL TRATAMIENTO EN ESTE CENTRO

19. USTED CONSIDERA QUE SU PROBLEMA (O DE SU FAMILIAR) CON EL ALCOHOL ES:

A) LEVE B) MODERADO C) GRAVE D) MUY GRAVE E) NO TENGO PROBLEMA

SOLO PARA SER CONTESTADA POR PACIENTES

20. USTED VIENE A TRATAMIENTO A ESTE CENTRO
TOTALMENTE CONVENCIDO CONVENCIDO REGULARMENTE CO

SECCIÓN D

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

ESTA SECCION DEBE SER LLENADA POR LA PERSONA QUE RECIBE AL PACIENTE .

19. PROCEDIMIENTO.

19.1. PASA A CONSULTA DE PRIMERA VEZ 1.SI 2. NO

19.2. LA CANALIZACIÓN SE HACE 1.SI 2.NO

19.3. A QUE INSTITUCION O SERVICIO _____

19.4. CUANDO SE HACE LA CANALIZACION FECHA _____

19.5. MOTIVO DE LA CANALIZACIÓN: (ESPECIFIQUE)

20. OBSERVACIONES

NOMBRE DE QUIEN RECIBE

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-IV PARA SDE.

NOMBRE _____ **NO. EXPEDIENTE** _____ **FECHA:** _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A UN MISMO PERIODO EN EL TRANCURSO DE 12 MESES (UN AÑO)

C.1. TOLERANCIA

C.1.1. Necesita cantidades cada vez mayores de alcohol para alcanzar un estado de embriaguez?

SI NO

C1.2. Los efectos que tiene con la misma cantidad que se toma son menores ahora que antes ?

SI NO

C.2. ABSTINENCIA

C.2.1. Despues de haber consumido cantidades fuertes de alcohol o que el efecto ha pasado se siente, inquieto, nervioso, deprimido o molesto ?

SI NO

C.2.2. Toma durante el día para anviar las molestias producidas cuando deajo de beber.

SI NO

C.3. USO COMPULSIVO

C.3.1. En ocasiones ha tomado mas de lo que se propuso en un principio

SI NO

C.3.2. Algunas veces ha deseado dejar de tomar

SI NO

C.4. DESCONTINUACION

C.4.1. Ha tratado de dejar de beber sin lograrlo

SI NO

C.5. ESTRECHAMIENTO DEL CAMPO CONDUCTUAL

C.5.1. Pasa una buena parte del día en actividades que tienen que ver con la bebida (reuniones, comida, fiestas, actividades deportivas)

SI NO

C.5.2. Ha notado que tarda una buena parte del día en recuperarse de los efectos de la cruda ?

SI NO

C.6. REDUCCION MAXIMA DEL CAMPO DE CONDUCTA

C.6.2. En la mayor parte de la cosas que hace durante el día el alcohol se encuentra presente

SI NO

C.6.3. Ha dejado de hacer cosas en el trabajo, con la familia o asistir a reuniones por la bebida.

SI NO

C.7. PERCEPCION DE DAÑO

C.7.1 A pesar de saber acerca de los daños físicos y psicológicos del alcohol ha seguido tomando

CIERTO FALSO

Escala de Dependencia al Etanol

A continuación se le proporcionan una serie de preguntas, por favor lea con cuidado cada pregunta y seleccione la respuesta adecuada de acuerdo a su propia experiencia en los últimos 12 meses.

Solo debe anotar una respuesta para cada pregunta, tachando la letra correspondiente.

Nombre: _____ Expediente: _____

Estado Civil:	Edad:	Años de Estudio:	Fecha:
a) Soltero	_____	_____	_____
b) Casado o Unión Libre			
c) Separado, Divorciado o Viudo			

- La última vez que ingirió alcohol, cuánto bebió:
 - Lo suficiente como para ponerme contento
 - Lo suficiente para emborracharme
 - Lo suficiente para perderme
- ¿Con frecuencia tiene crudas los domingos o lunes?
 - No
 - Si
- ¿Tiene temblores cuando deja de tomar?
 - No
 - Algunas Veces
 - Casi siempre que toma
- ¿Se pone mal (vomita, tiembla, dolor de estómago) cuando toma?
 - No
 - Algunas Veces
 - Casi siempre que tomo
- ¿Ha tenido Delirium Tremens (Ver, sentir o escuchar cosas que no existen, estar muy nervioso, inquieto o alterado)
 - No
 - Una Vez
 - Varias veces
- Cuándo toma ¿se tropieza, se va de lado o camina en zig-zag?
 - No
 - Algunas Veces
 - Frecuentemente
- ¿Se ha sentido con mucho calor o excesivamente sudoroso?
 - No
 - Una Vez
 - Casi siempre que tomo

2. ¿Ha visto cosas que en realidad no existen como consecuencia de tomar?
a) No b) Una Vez c) Casi siempre que tomo
3. ¿Le da miedo pensar en no tener un trago a la mano cuando lo necesite?
a) No b) Si
10. ¿Ha tenido lagunas mentales (pérdida de memoria) como resultado de la bebida?
a) No b) Algunas Veces c) Casi siempre que tomo
11. ¿Carga una botella con usted o la esconde en algún lugar para tenerla a la mano?
a) No b) Algunas Veces c) Casi siempre
12. ¿Después de un periodo de abstinencia (sin beber), termina usted por tomar fuertemente de nuevo?
a) No b) Algunas Veces c) Casi siempre
13. Como resultado de haber tomado: ¿llegó a perderse completamente?
a) No b) Algunas Veces c) Casi siempre
14. ¿Ha tenido convulsiones después de un periodo de tomar?
a) No b) Algunas Veces c) Casi siempre
15. ¿Toma a lo largo del día?
a) No b) Si
16. ¿Después de beber fuertemente, ha sentido que su pensamiento está poco confuso, o poco claro?
a) No
b) Si, pero solo unas horas
c) Si, durante unos dos días
d) Si, por muchos días
17. Como resultado de beber ¿ha sentido que su corazón lata rápidamente?
a) No b) Algunas Veces c) Casi siempre
18. ¿Piensa constantemente en tomar alcohol?
a) No b) Si
19. Como resultado de tomar ¿ha oído cosas que realmente no existían?
a) No b) Algunas Veces c) Casi siempre
20. ¿Ha tenido sensaciones raras o atemorizante cuando toma?
a) No b) Algunas Veces c) Casi siempre

21. Como resultado de tomar ¿ha sentido cosas que se arrastran en su cuerpo (gusanos, arañas) y que realmente no existían?
 a) No b) Algunas Veces c) Casi siempre
22. Con relación a las lagunas mentales (pérdida de memoria)
 a) Nunca he tenido una laguna
 b) He tenido lagunas que duran menos de una hora
 c) He tenido lagunas que duran varias horas
 d) He tenido lagunas que duran un día o más
23. ¿Ha tratado de dejar de beber sin lograrlo?
 a) No b) Una Vez c) Varias Veces
- 24 ¿Se toma de una sola vez los tragos (toma muy rápido)?
 a) No b) Si
25. Después de tomar una o dos copas, ¿generalmente puede dejar de tomar?
 a) No b) Si

Puntuaciones	Niveles de Dependencia
8-13	Bajo
14-21	Moderado
22-30	Sustancial
31-50	Severo

Autores: Skinner HA, Horn JL, Wanberg K y FASTER FM. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada, 1984.