

Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México*

Héctor Ayala Velázquez**

Georgina Cárdenas L.**

Leticia Echeverría S.**

Mariana Gutiérrez L.**

Summary

The search for effective treatment models for individuals with alcohol related problems has been a growing concern of the health authorities at an international level due to the recent evidence that the traditional therapeutic approaches have been generally ineffective. The present study reports the initial results of the application of a guided self-management outpatient treatment program with a sample of 108 problem drinkers in Mexico City.

This cognitive-behavioral treatment program is characterized by a brief intervention, in which the client selects the treatment goal of moderation or abstinence and where the responsibility for carrying on the process of change rests with in the client. When comparing the pattern of alcohol consumption of this group of problem drinkers prior to treatment and during treatment shows an increase in the percent of days they remain abstinent and a decrease in the number of drinks during the days they drink, as well as in the percent of days in which excessive drinking occurs. These results are similar to those reported in other countries when using this model of treatment.

The implications of these results are discussed in terms of the need to modify the public health policy so that it reflects a contemporary and scientific point of view of the phenomena of alcoholism and so that it promotes prevention and treatment actions directed to that nucleus of the population (e.g. problem drinkers) that shows the greatest proportion of alcohol related problems and has the highest probability of responding successfully to treatment.

Resumen

La búsqueda de modelos de tratamiento efectivos para problemas relacionados con el consumo excesivo del alcohol, ha sido preocupación creciente de las autoridades de salud a nivel internacional, ante la evidencia reciente de ineficacia de los modelos tradicionales de abordaje a esta problemática. En el presente estudio, se presentan los resultados iniciales de la aplicación de un programa de tratamiento de auto control dirigido de consulta externa a una muestra de 108 bebedores problema en la ciudad de México.

Este programa de tratamiento de corte cognoscitivo-conductual, se caracteriza por ser una intervención breve, en la cual el usuario elige su meta de tratamiento sea ésta, mode-

ración o abstinencia, y donde la responsabilidad para el cambio se centra en el propio bebedor. La comparación entre el patrón de consumo de este grupo de bebedores durante el periodo previo al tratamiento y durante la fase de tratamiento, muestra un incremento en los días en que éstos permanecen abstemios, y una reducción tanto en el número de copas que consumen en días que beben, como en las ocasiones de consumo excesivo. Estos resultados son similares a los que se reportan en otros países, utilizando el mismo modelo de tratamiento.

Se discuten las implicaciones de estos resultados en términos de la necesidad de modificar políticas de salud pública que reflejen una concepción contemporánea y científica del fenómeno del alcoholismo, y que impulsen acciones de prevención y tratamiento dirigidas al núcleo de la población que muestra la mayor proporción de problemas relacionados con el consumo del alcohol y una mayor probabilidad de responder con éxito al tratamiento: los bebedores problema.

Existe dentro del campo del alcoholismo, un consenso de que los métodos y programas que hasta la fecha se han desarrollado para su prevención y tratamiento, han mostrado ser poco efectivos y carentes de generalización (Ayala y Gutiérrez, 1993; Miller y Heather, 1980). Por otro lado, el impacto de los problemas relacionados con el consumo excesivo del alcohol se hace sentir cada día con mayor fuerza tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

Estos factores parecerían señalar que debiera existir una situación propicia para la innovación y la búsqueda de alternativas en la concepción de este persistente problema social, que ha aquejado a las civilizaciones durante este siglo. Mientras que este estado de cosas parece comenzar a observarse a nivel internacional, en México, los científicos y profesionistas que tradicionalmente se han abocado a este fenómeno, han sido los responsables de construir barreras y obstáculos que impiden la transición hacia una visión interdisciplinaria y un trabajo multidisciplinario.

La visión prevalente es la que considera que el alcoholismo es una enfermedad progresiva, incurable y mortal. Bajo esta óptica, los esfuerzos por entender su etiología, así como para desarrollar estrategias preventivas e intentar su curación, son provincia casi ex-

* Ponencia presentada en el XII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, celebrado los días 16, 17 y 18 de febrero de 1994, en Co-coyoc, Morelos.

** Programa de Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

clusiva de la medicina, especialmente de la psiquiatría. Sin embargo, la evidencia empírica reciente no apoya la noción de la progresividad e incurabilidad del alcoholismo, y parece indicar con creciente énfasis la visión del alcoholismo como un problema de comportamiento (Clark, 1975; Marlatt y Gordon, 1985).

Existen varias limitantes para utilizar el modelo de enfermedad como una teoría científica de la adicción (Shaffer, 1985; Peele 1985, 1989). En un inicio, debido a las nociones sobre especificidad biológica/genética, el modelo de enfermedad para las adicciones fracasó en su intento por explicar los factores comunes entre éstas, incluyendo adicciones que no involucran el uso de sustancias (juegos de azar y conducta sexual). Más aún, los modelos etiológicos de enfermedad sugieren que los individuos no son responsables de cambiar su comportamiento, y por lo tanto, estos modelos son incapaces de explicar cómo y por qué un buen número de individuos se sobreponen a sus adicciones sin ningún tratamiento o ayuda profesional (Armor y Meshkoff, 1983; Perri, 1985) o porque parecen beneficiarse con una variedad de aproximaciones de tratamiento (Cox, 1987a; Miller y Heather, 1986; Perri, 1985).

Los procesos biológicos pueden aumentar el riesgo de desarrollar una dependencia en el contexto de los factores ambientales (Connors, Tarbox y Faillace, 1992). Variables de aprendizaje, tales como condicionamiento clásico y operante, aprendizaje social y observacional, y procesos cognoscitivos de segundo orden tales como: las creencias, las expectativas y las atribuciones, son comunes a los procesos adictivos. El desarrollo de tolerancia condicionada y de respuestas condicionadas a señales de las drogas, son ejemplos concretos de esta interacción (Baker, Morse y Sherman, 1987; Tiffany y Baker, 1986; Gutiérrez y Ayala, 1994). La evaluación de las expectativas que se tienen de los resultados del uso del alcohol, han proporcionado un cúmulo de información que es de crítica importancia para comprender cómo se desarrolla la dependencia fisiológica, así como la programación del tratamiento (Goldman, Brown y Christiansen, 1987; Lang Michalec, 1987; Marlatt, 1987; Annis y Davis, 1993; Oviedo, Gutiérrez, Villegas, Echeverría, Cárdenas y Ayala, 1994). La conducta adictiva, frecuentemente se caracteriza por los efectos de reforzamiento bifásico (una respuesta positiva inicial seguida por una respuesta negativa subsecuente) (Marlatt y cols, 1988), lo que puede entenderse dentro de las postulaciones de la Teoría de Procesos Opuestos (Shipley, 1987). Por otro lado, las respuestas hedonísticas a las drogas, aparentemente tienen bases neurológicas comunes (Bloom, 1983; Simon, 1983). Finalmente, las conductas adictivas no son procesos continuos, pero sí siguen etapas de cambio comunes (Prochaska y DiClemente, 1985; 1986).

El continuo fracaso de las estrategias diseñadas bajo esta perspectiva convencional, dirigidas a resolver esta problemática, contrastan con los resultados de eficacia en el tratamiento que reportan los estudios empíricos adecuadamente controlados, que utilizan las estrategias derivadas de una visión alternativa del fenómeno.

Entre los estudios controlados dirigidos a evaluar los resultados de los programas de tratamiento, orientados hacia la moderación, destaca el de Polich, Armor y Braiker (1981). En un seguimiento de cuatro años de individuos que recibieron tratamiento, sólo un 7 % pudo mantenerse continuamente abstemio durante los cuatro años, mientras que el otro 93 % bebió moderadamente sin problemas durante ese lapso. En otro estudio reciente, se encontró en un seguimiento de cinco a siete años de una muestra de alcohólicos que recibieron tratamiento, que sólo un 7 % sobrevivió y se recobró de su alcoholismo gracias a que moderó su consumo; en ningún caso se reportó que la abstinencia fuera exitosa (Helzer, Robins, Taylor, Carey y Miller, 1985).

Destacan en particular los esfuerzos en el campo de la prevención y el tratamiento del alcoholismo que se han desarrollado bajo una perspectiva conductual (Marlatt y Gordon, 1985; Miller y Rollnick, 1991; Sobell y Sobell, 1993). Los programas de tratamiento con orientación conductual fueron inicialmente desarrollados por Lovibond y Caddy en 1970, empleando un modelo terapéutico que enfatizaba el auto-control como procedimiento principal de intervención. En las últimas dos décadas, un creciente número de investigadores han desarrollado programas de tratamiento basados en este modelo (Miller, 1978; Pattison, Sobell y Sobell, 1977; Sánchez-Craig, Annis, Bornett y MacDonald, 1984; Rychtarik, Foy, Scott, Loke y Prue, 1987; Heather, Robertson, MacPherson, Allsop y Fulton, 1987; Alden, 1988).

Recientemente, se han desarrollado programas de tratamiento conductual más elaborados para abordar los problemas del abuso del alcohol. Existen varios factores que han contribuido a ese cambio: (a) la efectividad limitada de los tratamientos conductuales tradicionales (v.g. entrenamiento de relajación, condicionamiento aversivo, condicionamiento encubierto, entrenamiento de asertividad, manejo de contingencias) (Childress, McClellan y O'Brien, 1985; Wilson, 1987); (b) las conceptualizaciones sobre el abuso del alcohol cada vez más complejas y multivariadas (Marlatt y Gordon, 1985; Sobell y Sobell, 1993; Moos y Finney, 1980); y (c) la creciente influencia de factores cognoscitivos en la terapia conductual (Bandura, 1985; Beck, Wright, Newman y Liese, 1993; Marlatt y Gordon, 1985).

Las características centrales de estos tratamientos conductuales de segunda generación, combinan aproximaciones anteriores con las nuevas e incluyen: (a) técnicas de auto control (v.g. auto-monitoreo del consumo, auto-selección de metas de tratamiento y biblioterapia); (b) análisis funcional de la conducta de bebida (v.g. la identificación de los antecedentes y consecuentes de situaciones relacionadas con la bebida de bajo y alto riesgo); (c) reestructuración cognoscitiva; (d) desarrollo de estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo en el beber.

Bajo esta visión se considera al alcoholismo como un tipo de conducta adictiva, entendiéndose por ello, un patrón o hábito repetitivo que aumenta el riesgo de enfermedad física y/o problemas sociales o personales. Frecuentemente estas conductas se experimen-

tan subjetivamente como "pérdida de control", ya que la conducta se continúa presentando aun cuando se realicen esfuerzos concretos por abstenerse o moderar el consumo. Estos patrones o hábitos se caracterizan a su vez por gratificación inmediata (recompensas a corto plazo), y a menudo con efectos dañinos y demorados (costos a largo plazo). Los intentos por modificar la conducta adictiva (por medio de tratamiento o auto-iniciación) típicamente están relacionados con altas tasas de recaídas.

Marlatt, Bear, Donovan y Kivlahan (1988), proponen que para comprender el desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva, debemos estudiar las etapas en que ésta se suceden. La secuencia usualmente incluye: la iniciación de la conducta adictiva (experimentación y adquisición de dependencia), la transición al mantenimiento del uso continuado (también conocida como etapa pre-contemplativa), y el cambio activo en sí (intentos de reducir o cesar la adicción). La secuencia de cambio conductual a su vez se subdivide en tres componentes: contemplación y motivación para el cambio, compromiso activo para cambiar (ya sea auto-iniciado o asistido por un tratamiento), y finalmente mantenimiento posterior al cambio (cambio exitoso vs recaída).

El presente estudio reporta los resultados iniciales de la aplicación en México de un programa de tratamiento cognoscitivo-conductual de consulta externa para bebedores problema*. Este programa de auto-

control dirigido incorpora cuatro estrategias centrales de intervención: auto-control; análisis funcional de antecedentes y consecuentes del consumo excesivo del alcohol; entrenamiento en estrategias de afrontamiento y el uso óptimo de redes y recursos sociales, así como prevención de recaídas. Dicho programa forma parte de un proyecto de investigación colaborativo con investigadores del *Addiction Research Foundation* del Canadá, cuyo objetivo central es desarrollar un modelo costo-eficiente de prevención y tratamiento de consumo excesivo que pueda difundirse a nivel nacional. Estos resultados iniciales provienen del trabajo de investigación clínica con esta población en la Cd. de México durante el primero de tres años en que está contemplado el desarrollo de este proyecto.

Método

Sujetos

Ciento ocho individuos que solicitaron atención por problemas relacionados con su consumo del alcohol en el Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" en la Cd. de México. Las características generales de los sujetos se pueden observar en la tabla 1.

Todos los individuos que participaron en el estudio fueron sometidos a una evaluación inicial antes de comenzar el proceso de tratamiento. Durante esta sesión se aplicaron una serie de instrumentos para determinar los siguientes factores: situaciones de riesgo que preceden ocasiones de consumo excesivo, el patrón de consumo en los 12 meses anteriores,* nivel de autoeficacia, consecuencias del consumo excesivo del alcohol, nivel de dependencia** clima familiar. Las características pre-tratamiento de los sujetos se describen en la tabla 2.

Escenario

El Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" de la Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México en la Cd. de México. Este Centro cuenta con tres cubículos de atención individual en donde se proporcionó el servicio de tratamiento.

TABLA 1
Características de los sujetos

Variable	Sujetos en tratamiento (N - 108)
Género: % Masculino	90
Edad promedio: (# de años)	36
Promedio de años de educación	13
% Sin tratamiento previo	56
Estado civil	
% Casados	42
% Solteros	34
% Otros ¹	42
% Empleados actualmente	73
Promedio de años en el empleo actual	9
Satisfacción con su calidad de vida	
% Muy satisfecho/satisfecho	38
% Inseguros	32
% Muy insatisfecho/Insatisfecho	30

*Al bebedor problema se le ha definido en la bibliografía como un individuo que tiene las siguientes características: un nivel de dependencia media al alcohol; una historia de problemas relacionados con su patrón de consumo de entre 5 y 10 años; preferencia en auto-seleccionar la meta de tratamiento; selección de la moderación como meta de tratamiento; no se perciben como alcohólicos; una estabilidad familiar y laboral mayor a la que se observa en individuos con dependencia alta; respuesta positiva a intervenciones terapéutica no intensas y breves (Sobell y Sobell, 1993; Miller, 1978).

*Se entiende por patrón de consumo, la frecuencia de consumo de diferentes tipos de bebidas alcohólicas (cerveza, vino, destilados, pulque), así como la cantidad consumida en diferentes ocasiones. El patrón de consumo en este estudio se midió utilizando la Línea Base Retrospectiva de Consumo del Alcohol desarrollada por Sobell y Sobell (1992).

**El nivel de dependencia se obtuvo utilizando, por un lado, la Escala de Dependencia al Alcohol (ADS), desarrollada por Skinner y Horn (1984), así como la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (SADD), desarrollada por Davidson y Raistrick (1986). Ambas escalas miden el grado de dependencia por medio de un autorreporte de presentación de síntomas relacionados con el síndrome de dependencia. Estas escalas permiten determinar los niveles bajos, medios y altos de dependencia al alcohol.

Procedimiento

El programa de tratamiento está compuesto por 4 sesiones estructuradas:

La primera sesión se lleva a cabo 7 días después de la evaluación inicial, y en ella el usuario establece sus razones para cambiar su patrón de consumo por medio de un proceso de *Balace Decisional*, en el que se especifican los beneficios y los costos del cambio de patrón, dirigido a la moderación o la abstinencia, así como los beneficios y costos en caso de continuar consumiendo alcohol como lo ha hecho en el último año. Además realiza su primer *Establecimiento de Metas* en el que elige, con apoyo del terapeuta, entre la moderación o la abstinencia como meta para las siguientes semanas, y plantea el nivel de importancia que tiene esta meta para él, así como el nivel de confianza que se tiene en lograrla. Así mismo, se revisa la *Línea Base Retrospectiva de Consumo* sobre los 12 meses previos al tratamiento, que se aplica durante la evaluación inicial, comparándose con la meta de consumo que estableció el usuario y el consumo real que tuvo durante esa semana. Este patrón de consumo se determina con base en los registros de auto-monitoreo que realiza diariamente el usuario. En términos generales esta sesión tiene como objetivo incrementar la motivación hacia el cambio y conocer el nivel de auto-eficacia del usuario.

En la segunda sesión el usuario debe identificar por lo menos tres situaciones de riesgo del consumo excesivo, así como las consecuencias positivas y negativas ante estas situaciones. Estas se comparan con las áreas vulnerables para el consumo excesivo de alcohol (v.g. emociones desagradables, presión de los amigos, entre otras) que el usuario identificó en el *Inventario Situacional de Consumo*, así como en el *Cuestionario de Confianza Situacional* que le fueron aplicados durante la evaluación inicial. El objetivo es que el usuario realice un análisis funcional de su conducta, identificando los antecedentes y consecuentes de su consumo de alcohol. Dentro de esta sesión, se discute la alta probabilidad de que ocurran recaídas durante el tratamiento, enfatizando la importancia de considerarlas como experiencias necesarias en un proceso de aprendizaje y no como fracasos personales o indicadores de un evidente fracaso del programa de tratamiento. El proceso de recuperación a largo plazo se examina haciéndose notar el papel que juegan las recaídas como parte del proceso de cambio.

En la tercera sesión se describe un programa general de solución de problemas en donde el sujeto debe describir las opciones de solución a cada situación de riesgo y sus probables consecuencias, así como los planes de acción para las opciones más factibles y realistas. Su objetivo es que el usuario analice y describa sus propios recursos (estilos de afrontamiento efectivos y apoyos sociales disponibles), para que posteriormente sean utilizados en su programa de cambio.

En la cuarta sesión se comentan los avances logrados para el sujeto respecto a sus planes de acción, y se realiza un resumen de las sesiones anteriores con el propósito de lograr un segundo *Establecimiento de*

TABLA 2
Características consumo pre-tratamiento

Variable	Sujetos (N = 108)
<i>Consumo problemático durante el año anterior</i>	
% Sin problema	2
% Problema menor	35
% Problema mayor	38
% Gran problema	25
<i>Promedio de años de consumo excesivo</i>	9
<i>Promedio de años de consumo problemático</i>	8
<i>Nivel de dependencia al alcohol</i>	
% Medio	65
% Alto	35
<i>Número promedio de arrestos</i>	0.47
<i>Número promedio de hospitalizaciones</i>	0.39
<i>Número promedio de días de consumo matutino en el año anterior</i>	25
<i>Número de intentos previos de moderación o abstinencia</i>	5.5
<i>Número promedio de días consecutivos de abstinencia</i>	39
<i>Tipo de bebida consumida</i>	
% Cerveza	33
% Vino	9
% Destilados	58

Metas para los próximos 6 meses. En este establecimiento de metas, el usuario debe evaluar su consumo actual y su primera meta de tratamiento. Por otro lado, el usuario y el terapeuta deben considerar si es necesario programar sesiones adicionales. Es también durante esta sesión en la que el usuario evalúa el programa de tratamiento por medio del Cuestionario de Evaluación del Tratamiento y el terapeuta determina con la Forma de Evaluación del Usuario, el pronóstico de éxito que considera tiene éste.

Todas las sesiones se apoyan con lecturas y tareas en casa, así como con las hojas de auto-monitoreo en las que el usuario lleva un registro diario de su consumo.

En las sesiones adicionales (usualmente de 4 a 8) que se llevan a cabo con base en la solicitud del usuario, se revisan los componentes que aún no han alcanzado el nivel de ejecución esperado, y se realizan planes de acción para otras áreas de la vida del usuario por medio del esquema general de solución de problemas.

Resultados

Con respecto a la selección de metas de tratamiento, se observa en la figura 1, que el 81 % de los usuarios seleccionaron la moderación y el 19 % restante seleccionaron la abstinencia en el primer establecimiento de metas que se da al inicio del proceso de tratamiento. En el segundo establecimiento de metas que se lleva a cabo en la fase final del tratamiento y que será el nivel de consumo que el usuario intentará mantener una vez finalizado el tratamiento, un 83 %

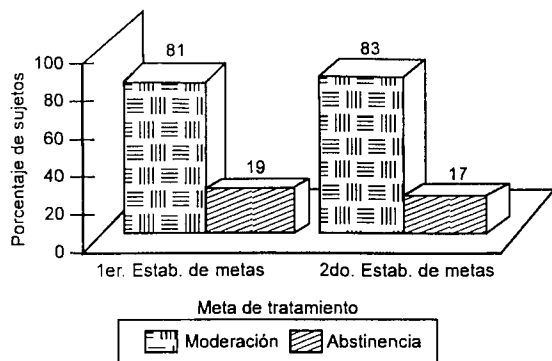


Figura 1. Selección de meta de tratamiento. N = 108.

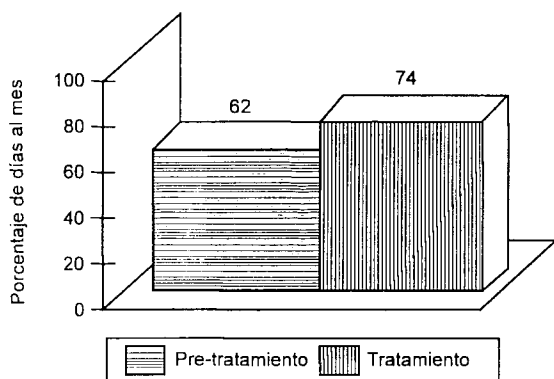


Figura 2. Días de abstinencia. N = 108.

seleccionaron la moderación como meta y un 17 % la abstinencia.

Con relación al porcentaje de los días durante el mes en que los usuarios permanecen abstemios, se observa en la figura 2 que de acuerdo a la Línea Base Retrospectiva (instrumento que se emplea para determinar el patrón de consumo), los usuarios reportaron un 62 % de días de abstinencia durante los 12 meses previos al tratamiento, en contraste con un 74 % de días de abstinencia durante el tratamiento.

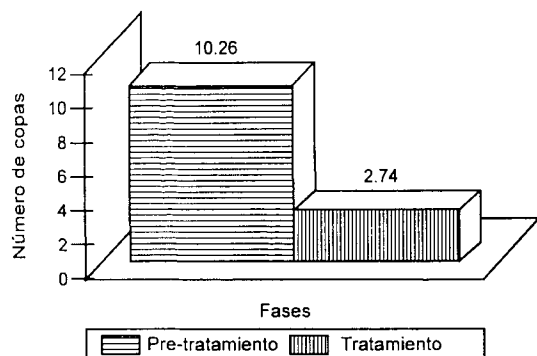


Figura 3. No. de copas por ocasión de consumo. N = 108.

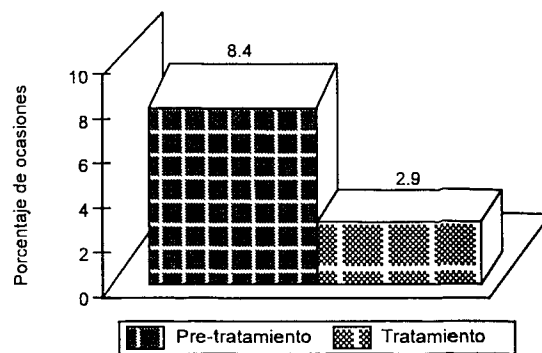


Figura 4. Consumo excesivo (más de 10 copas por ocasión de consumo) N = 108.

El patrón de consumo de los usuarios también muestra cambios entre el periodo de pre-tratamiento y el periodo de tratamiento. En términos del número promedio de copas consumidas por ocasión de consumo, los usuarios reportaron un promedio de consumo de 10.26 copas por ocasión de consumo (con un rango 0-30 copas y desviación estándar 5.02), durante los 12 meses previos al tratamiento, y un consumo promedio de 2.74 copas por ocasión de consumo (con rango de 0-8 copas y una desviación estándar de 2.03) durante el tratamiento. Esta diferencia es significativa al 0.001 (fig. 3).

Otro cambio importante reportado por los usuarios se refiere a sus patrones de consumo excesivo. Considerando un consumo excesivo aquellas ocasiones en que se ingieren más de 10 copas estándar. Se encontró que durante los 12 meses previos al tratamiento, en un 8.4 % de los días de consumo, se presenta consumo excesivo, mientras que durante el tratamiento este porcentaje decreció al 2.9 % de los días en que ocurre consumo excesivo (fig. 4).

La satisfacción obtenida con el tratamiento, y reportada por los usuarios, que se midió con la Forma de Evaluación del Programa contestada por el usuario, al final del tratamiento, indica los siguientes resultados: 61 % de los usuarios calificaron su nivel de satisfacción con respecto al programa general como de ex-

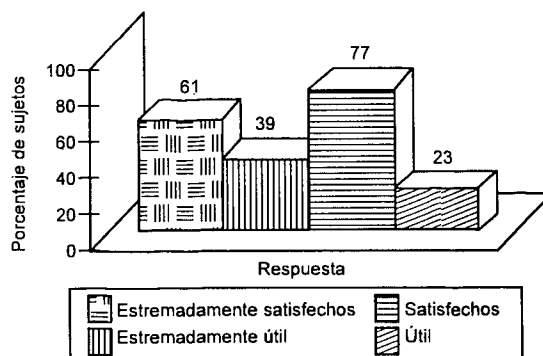


Figura 5. Satisfacción de los usuarios. N = 108.

tremadamente satisfechos y el 39 % restante indican que estaban satisfechos con el programa. Con respecto a qué tan útil fue el programa para ayudarlos a solucionar su problema de consumo, 77 % de los usuarios indicaron que el programa fue extremadamente útil, y 23 % señalaron que el programa los había ayudado (figura 5).

Conclusiones

Los datos que se reportan para esta muestra de 108 usuarios, indican en términos generales, que durante el tratamiento, los usuarios permanecen abstemios en un porcentaje más alto del tiempo; tienen un menor porcentaje de ocasiones donde consumen excesivamente y en aquellas ocasiones cuando se consume, su promedio es menor que antes del tratamiento, teniendo un límite de consumo igual al que se ha señalado como un consumo moderado (Sobell y Sobell, 1993).

Se debe hacer notar que estos resultados de cambios en el patrón de consumo, se logró con individuos que presentan un tipo de consumo denominado "explosivo", mismo que se ha señalado como característico del bebedor en México (Medina-Mora, Tapia, Sepúlveda, Otero, Rascón, Solache, Lazcano, Villatoro, Marino y López, 1989). Este patrón de consumo explosivo se caracteriza por consumir alcohol de manera episódica, pero en esas ocasiones se hace en grandes cantidades y en breves periodos de tiempo. El hecho de que se hayan logrado resultados similares a los reportados por otros investigadores que utilizaron este programa de tratamiento, en poblaciones de otros países, cuyo patrón de consumo es diferente [v.g. consumo consuetudinario, donde se bebe diario pero cantidades inferiores (menos de 10 copas estándar)], indica un apropiado nivel de generalidad y adaptabilidad transcultural del mismo.

Los datos de seguimiento a 6 y 12 meses están en proceso de recolección, y son éstos los que finalmen-

te permitirán determinar la eficacia a largo plazo que tiene este tipo de tratamiento con nuestra población. Sin embargo, los resultados iniciales concuerdan con los de otros estudios a nivel internacional y son, por lo tanto, altamente promisorios.

En nuestro país al igual que en otros, el porcentaje de individuos que consumen alcohol y que presentan un nivel de dependencia severa es muy reducida, la mayor proporción de los que consumen alcohol no presentan este tipo de dependencia, pero sí, una importante problemática individual, familiar y social debido a sus patrones de consumo excesivo. Este programa está dirigido específicamente a este segmento de la población de bebedores (bebedores problema), para los que son casi inexistentes los programas de prevención y tratamiento.

Es importante que los resultados de este estudio, así como los que en un futuro reportarán la eficacia del tratamiento a largo plazo, sean considerados por las autoridades encargadas de los servicios de salud pública de nuestro país, para que se puedan incorporar sus hallazgos en el diseño de las políticas y los programas de prevención y tratamiento de este amplio problema social.

Así como es importante que continúen las encuestas nacionales para determinar la incidencia y la prevalencia de adicciones en nuestro país, es de igual importancia que los hallazgos de investigación clínica en el tratamiento de las adicciones, con el apropiado rigor metodológico, sean considerados aun cuando desafien el esquema convencional que defienden con tanto ahínco ciertos profesionistas de la salud, que por ahora tienen bajo su encargo el diseño de los programas y las políticas de salud pública en nuestro país.

Agradecimientos

Esta investigación se realizó gracias al apoyo otorgado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo del Gobierno del Canadá y el CONACYT, por medio de los subsidios 92-1054-02 y 3283H9308 respectivamente.

REFERENCIAS

1. ALDEN L: Behavioral self-management controlled drinking strategies in a context of secondary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56:280-286, 1988.
2. ANNIS H M, DAVIS C S: Assessment of expectancies. En: Donovan D M, Marlatt G A (Eds.). *Assessment of Addictive Behaviors*. 84-111. Praeger, Nueva York, 1988b.
3. 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.
4. AYALA H V, GUTIERREZ M L: Una revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo del alcohol. *Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría*, 33(1):49-54, 1993.
5. BANDURA A: *Social foundations of thought and action*. NJ Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1985.
6. BARKER T S, MORSE E, SHERMAN J E: The motivation to use drugs: A psychobiological analysis of urges. En Rivers C (Ed.). *The Nebraska Symposium on Motivation: Alcohol and Drug Use*. University of Nebraska Press. Lincoln, 1987.
7. BECK A T, WRIGHT F D, NEWTAN C F, LIESE B S: *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Guilford Press. New York, 1993.
8. BLOOM F E: Endorphins: cellular and molecular aspects for addictive phenomena. En: Levison P K, Gerstein D R, Maloff D R (Eds.). *Commonalities in Substance Abuse and Habitual Behaviors*, 261-269 Lexington Books, Lexington, 1987.
9. CHILDRESS A R, McLELLAN A T, O'BRIEN C P: Behavioral therapies for substance abuse. *International Journal of Addictions*, 20:947-969, 1985.
10. CLARK W B: Conceptions of alcoholism: consequences for research. *Addictive Diseases*, 1:395-430, 1975.
11. CONNORS G J, TARBOX A R, FAILLACE L A: Achieving and maintaining gains among problem drinkers: Process and outcome results. *Behavior Therapy*, 23:449-474, 1992.

12. COX W N: *Treatment and Prevention of Alcohol Problems: A Resource Manual*. Academic Press, Nueva York, 1987.
13. 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, 1986.
14. 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, Nueva York, 1987.
15. GUTIERREZ M, AYALA H: Análisis experimental del consumo del alcohol bajo la perspectiva de los modelos de condicionamiento. Ponencia presentada en XII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. Cocoyoc, Morelos, 1994.
16. HEATHER N, ROBERTSON I, MacPHERSON B, ALLSOP S, FULTON A: Effectiveness of a controlled drinking self-help manual. *British Journal of Clinical Psychology*, 25:19-34, 1987.
17. HELZER J E, ROBINS L N, TAYLOR J R, CAREY K, MILLER R H: The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *New England Journal of Medicine*. 312:1678-1682, 1985.
18. LANG A R, MICHALEC E M: Expectancy effects in reinforcement from alcohol. En: Cox W N (Ed). *Treatment and Prevention of Alcohol Problems: A Resource Manual*. Academic Press, Nueva York, 1987.
19. LOVIBOND S H, CADDY G: Discriminated aversive control in the moderation of alcoholic's drinking behavior. *Behavior Therapy*, 1:437-444, 1970.
20. MARLATT G A, GORDON J R: *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Guilford Press, Nueva York, 1985.
21. MARLATT G A, BAER J S, DONNOVAN D M, KIVLAHAN D R: Addictive behaviors: Etiology and treatment. *American Review of Psychology*, 39:223-252, 1988.
22. MEDINA-MORA M E, TAPIA C R, SEPULVEDA J, OTERO M R, RASCON M L, SOLACHE G, LAZCANO S, VILLATORO J, MARINO M C, LOPEZ E K: Patrones de consumo de alcohol y síntomas de dependencia en una región centro de la República Mexicana. *Revista Latinoamericana sobre Alcohol y Drogas*, 1(1):47-58, 1989.
23. MILLER W R: Behavioral treatment with problem drinkers: A comparative outcome study of three controlled drinking therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46:74-86, 1978.
24. MILLER W R, HEATHER N: Treating the problem drinker: Modern approaches. En: Miller W R (Ed.). *The Addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking and Obesity*. 11-141. Pergamon Press, Nueva York, 1980.
25. MILLER W R, HEATHER N: *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. Plenum Press, Nueva York, 1986.
26. MILLER W R, ROLLNICK S: *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. Guilford Press, Nueva York, 1991.
27. MOOS R, FINNEY J: The expanding scope of alcoholism treatment evaluation. *American Psychologist*, 38:1036-1044, 1983.
28. OVIEDO D P, GUTIERREZ M E, VILLEGAS G, ECHEVERRIA L, CARDENAS G, AYALA H E: Evaluación conductual en un programa de tratamiento de consulta externa. Ponencia presentada en XII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta. Cocoyoc, Morelos, 1994.
29. PATTISON E M, SOBELL M B, SOBELL L C (Eds.): *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. Springer Nueva York, 1977.
30. PEELE S: *The Meaning of Addiction: Compulsive Experience and its Interpretation*. Lexington Books. Lexington, 1985.
31. PEELE S: *Diseasing of America: Addiction Treatment out of Control*. Lexington Books. Lexington, 1989.
32. PERRI M G: Self-change strategies for the control of smoking, obesity, problem drinking. En: Shiffman S, Wills T A (Eds.). *Coping and Substance Abuse*, 295-317 Academic Press, Nueva York, 1985.
33. POLICH J M, ARMOR D J, BRAIKER H B: *The Course of Alcoholism: Four Years After Treatment*. Wiley, Nueva York, 1981.
34. PROCHASKA J O, DiCLEMENTE CC: Common processes of self change in smoking, weight control, and psychological distress. En: Shiffman S, Wills T A (Eds.). *Coping and Substance Abuse*, 345-363. Academic Press. Nueva York, 1985.
35. PROCHASKA J O DiCLEMENTE C C: Towards a comprehensive model of change. En: Miller W R, Heather N: (Eds.). *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*, 3-27. Plenum Press. Nueva York, 1986.
36. RYCHTARIK R G, FOY D W, SCOTT T, LOKEY L, PRUE D M: Five-six year follow-up of broad spectrum behavioral treatment for alcoholism: Effects of training controlled drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55:106-108, 1987.
37. SANCHEZ-CRAIG M, ANNIS H M, BORNET A R, MacDONALD K R: Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 390-403, 1984.
38. SCHAFER H J: The disease controversy of metaphors, maps and menus. *Journal of Psychoactive Drugs*, 17:65-76, 1985.
39. SHIPLEY T E: Opponent process theory. En: Blane H T, Leonard K E (Eds). *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*. Guilford Press. Nueva York, 1987.
40. SIMON E J: Opiate receptors: properties and possible functions. En: Levison P K, Gerstein D R, Maloff D R (Eds.). *Commonalities in Substance Abuse and Habitual Behaviors*, 239-260. Lexington Books, Lexington, 1983.
41. SKINNER H A, HORN J L: *Alcohol Dependence Scale (ADS): User's guide*. Addiction Research Foundation. Toronto, 1984.
42. SOBELL M A, SOBELL L C: Timeline followback: A technique for assessing self-reported ethanol consumption. En: Allen J, Litten R Z (Eds.). *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*. Human Press, Nueva Jersey, 1992.
43. SOBELL M A, SOBELL L C: *Problem Drinkers: Guided Self-Change for Problem Drinkers*. Guilford Press. Nueva York, 1993.
44. TIFFANY S T, BAKER T B: Tolerance to alcohol: Psychological models and their application to alcoholism. *Ann Behav Med*, 8:7-12, 1986.
45. WILSON G T: Chemical aversion conditioning as a treatment for alcoholism. A re-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 25:503-516, 1987.