

Tratamiento conductual del alcoholismo

Rosa Calvo

Universidad Complutense de Madrid

Aunque los problemas relacionados con el abuso continuado de bebidas alcohólicas han sido interpretados desde variadas perspectivas (modelo moral, modelo médico, modelo dinámico, etc.), la autora de este trabajo ha utilizado en el tratamiento de los pacientes alcohólicos un enfoque conductual. Según este modelo, un individuo que tiene una dependencia del alcohol se caracteriza por un consumo frecuente y repetido de la sustancia que le evita o permite escapar de situaciones de tensión o malestar. Tal experiencia de aprendizaje implica así la asociación a estímulos discriminativos y refuerzos que, después de miles de repeticiones, se tenderá a experimentar como una *compulsión* a beber en cuanto se exponga a señales cognitivas, fisiológicas y ambientales asociadas con el parar de beber. El modelo conductual surge en un intento de explicar el alcoholismo como resultado de una historia de aprendizaje del sujeto en la que beber alcohol se ha incrementado en frecuencia, duración e intensidad por los beneficios que proporciona (Dollar y Miller, 1950; Conger, 1956; Bandura 1969; Miller, 1977).

Se supone que, cuando una persona bebe de forma repetida, adquiere un re-

pertorio muy amplio de estímulos condicionados internos y externos que evocan una pauta de bebida alcohólica consistente. Esta pauta es variable y oscila desde la abstinencia hasta unas pautas de bebida muy frecuentes y, por tanto, muy graves.

La pérdida de control estaría así relacionada con un conjunto de refuerzos, tanto del beber como del no beber, y su modificación exigiría conocer tanto los estímulos ambientales como los emocionales y cognitivos, además de la conducta de beber en sí misma (Mello y Mendelson, 1965, 1968, 1972, 1973; Nathan y cols., 1970, 1971, 1972; Bigelow, Cohen, Liebson y Faillace, 1972; Paredes, Hood, Seymover y Gollov, 1973; Marlatt, Demming y Reig, 1973; Hodgson, Ramkin y Stockwell, 1979; Polich, Armor y Braiker, 1980).

De acuerdo con esta interpretación del consumo abusivo de alcohol y de la pérdida de control, se han considerado componentes fundamentales de tratamiento del alcoholismo: la definición operativa de las variables que llevan a cada individuo a beber de forma descontrolada; la modificación de los estímulos externos que facilitan el consumo (deter-

minados ambientes y compañías); la enseñanza de pautas de consumo controladas y de sobriedad; y el desarrollo e incremento de respuestas alternativas para enfrentarse a la ansiedad, mejorar las relaciones interpersonales, el empleo del tiempo libre, etc.

El objetivo fundamental de este trabajo, es presentar evidencia de que el tratamiento conductual puede conseguir la recuperación de sujetos diagnosticados como alcohólicos, y que esta recuperación se mantiene a largo plazo. Es importante destacar que se considera recuperado tanto el sujeto que mantiene una abstinencia de bebidas alcohólicas, como el sujeto que mantiene una pauta estable de bebida controlada*.

METODO

Sujetos

En este programa de tratamiento participaron un total de 28 sujetos, 20 varones y 8 mujeres. El grupo presentaba una media de edad de 39,04 años, con un rango que oscilaba desde los 23 años a los 57. Más de la mitad de los sujetos estaban casados (54 por 100), un 29 por 100 eran solteros, un 14 por 100 separados y sólo un 3 por 100 viudos. El nivel educacional se repartía por todos los estratos educativos (Tabla I), predominando el grupo de sujetos con estudios primarios (57 por 100).

En el grupo de varones trabajaba el 70 por 100 y estaba en paro el 30 por 100 restante. En el grupo de mujeres, el 37,5 por 100 se dedicaba a sus labores, y un 62,5 por 100 trabajaba, fundamentalmente de empleadas de hogar.

El inicio del consumo habitual de alcohol más frecuente (71,5 por 100) se debía a trastornos neuróticos y psicopáticos, mientras que los factores de socialización habían sido predominantes únicamente en el 28,5 por 100 restante. En el grupo de mujeres, el 100 por 100 había comenzado a beber debido a factores emocionales. Esta forma de inicio se

considera como un factor de peor pronóstico en el tratamiento tradicional debido a que el sujeto tendría que ser tratado de la dependencia a la sustancia y de los trastornos emocionales.

Los varones habían comenzado a beber en edades muy tempranas (el rango de edad oscilaba entre los 12 y los 28 años), en tanto que las mujeres comenzaron a beber en la juventud o la madurez (el rango de edad oscilaba de los 20 a los 40 años). La distribución por edades se recoge en la tabla 1.

Aproximadamente un 20 por 100 había sido tratado con anterioridad, necesitando incluso ingreso en una institución cerrada.

Cuando los sujetos acudieron a tratamiento fueron clasificados respecto a sus características actuales de beber, teniendo en cuenta, fundamentalmente, la existencia de pérdidas de control, la capacidad de abstinencia y el aumento de tolerancia (tabla 1). El 71,5 por 100 tenía unas características de consumo que implicaban una tolerancia aumentada, un metabolismo adaptado al alcohol, una incapacidad de abstinencia y pérdidas de control, las características que configuran un tipo de sujeto alcohólico que Jellinek consideró como «gamma», y cuya única forma de tratamiento se pensaba que era la abstinencia.

El promedio de consumo de alcohol absoluto diario al acudir al tratamiento fue estimado en aproximadamente 300 c.c., sin diferencias significativas entre varones y mujeres (Tabla 1).

Antes del tratamiento, el 95 por 100 de los varones y el 100 por 100 de las mujeres bebían diariamente. Un 68 por 100 bebía en ayunas y casi la mitad bebía de forma oculta. Tres cuartas partes, tanto de los varones como de las mujeres, tenían pérdidas de control de al menos una vez por semana, llegando incluso a perder el control diariamente. Sólo el 20 por 100 del grupo no tenía pérdidas de control. La forma predominante de beber era solitaria, especialmente en el grupo de mujeres (87,5 por 100) y el tipo de bebidas más frecuente eran la combina-

ción de licores con vino y/o cerveza (75 por 100). Los varones bebían habitualmente en el bar y las mujeres en casa.

Se recogieron datos sobre las complicaciones y trastornos tanto físicos como psíquicos y sociales, cuyo origen se debía a un consumo excesivo y habitual de alcohol, y que se detallan en las tablas adjuntas.

Interesa destacar, no obstante, que el 86 por 100 de los sujetos tenían trastornos de tipo físico, el 96,5 por 100 trastornos que afectaban su área psíquica y el 89 por 100 alteraciones en su medio socio-laboral y familiar, no encontrándose diferencias significativas entre el grupo de varones y de mujeres. Muy pocos sujetos (7 por 100) habían tenido, sin embargo, un «Delirium Tremens».

Los antecedentes emocionales inmediatamente anteriores a la bebida eran de tipo negativo, sobresaliendo el nerviosismo y el aburrimiento, y siendo menos frecuentes la sensación de frustración y el deseo de expresar agresividad. Muchos sujetos tenían dificultades para rechazar bebidas cuando les invitaban (72 por 100), siendo menos asertivos los varones (80 por 100) que las mujeres (50 por 100).

A) DATOS DEMOGRAFICOS

1. Sexo

	<i>N total</i>	(%)
Hombres	20	71,5
Mujeres	8	28,5
Total	28	100

2. Edad

	<i>N total</i>	<i>N varones</i>	<i>N mujeres</i>
20-29	5	4	1
30-39	8	6	2
40-49	11	6	5
50-59	4	4	—
\bar{X} =	39,04	39,35	38,50
σ_x =	9,28	10,17	7,17

3. Estado civil

	<i>N total</i>		<i>N varones</i>		<i>N mujeres</i>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Soltero	8	29	5	25	3	37,5
Casado	15	54	12	60	3	37,5
Viudo	1	3	1	5	—	—
Separado	4	14	2	10	2	25
Total	28	100	20	100	8	100

4. Nivel educacional

	<i>N total</i>		<i>N varones</i>		<i>N mujeres</i>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sin estudios	4	14	2	10	2	25
Estudios primarios	16	57	12	60	4	50
Estudios medios	5	18	3	15	2	25
Universitarios	3	11	3	15	—	—
Total	28	100	20	100	8	100

5. Nivel ocupacional

	<i>N total</i>		<i>N varones</i>		<i>N mujeres</i>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Inactivos	3	11	—	—	5	37,5
Trabajando	19	66	14	70	5	37,5
Activos						(s.l.)
En paro	6	23	6	30	—	—
Total	28	100	20	100	8	100

B) DATOS CLINICOS

1. Causas del inicio del hábito alcohólico

<i>Causas</i>	<i>N total</i>		<i>N varones</i>		<i>N mujeres</i>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Enfermedades mentales	—	—	—	—	—	—
Psicopatías y neurosis	20	71,5	12	60	8	100
Factores sociales anormales	—	—	—	—	—	—
Ambiente alcohólico de la sociedad	8	28,5	8	40	—	—

2. Edad de inicio del hábito alcohólico

Edad inicio	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
10-14	1	3,5	1	5	—	—
15-19	10	36	10	50	—	—
20-29	15	53,5	9	45	6	75
30-39	1	3,5	—	—	1	12,5
40-49	1	3,5	—	—	1	12,5
X ≡	21,5		18,95		27,8	

3. Tratamiento anterior

Tratamiento	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Sin ingreso	2	7	2	10	—	—
Con ingreso	4	14	2	10	2	25
Total	6	21	4	20	2	25

4. Modo de beber

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
No pérdida de control, capacidad de abstinencia. No síndrome de abstinencia. Tolerancia aumentada, metabolismo adaptado al alcohol, incapacidad de abstinencia. Capacidad control conservada.	5	18	3	15	2	25
Tolerancia aumentada, metabolismo adaptado al alcohol, incapacidad de abstinencia. Pérdida de control. Capacidad de abstinencia. Pérdida de control, bebedores de curso intermitente.	20	71,5	15	75	5	62,5
	2	7	2	10	—	—

5. Frecuencia de bebida

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Bebida diaria	27	96,5	19	95	8	100
Bebida intermitente	1	3,5	1	5	—	—

6. Características de la bebida

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Bebida en ayunas	19	68	15	75	4	50
Bebida oculta	13	46	6	30	7	87,5

7. Frecuencia de la pérdida de control

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Diaria	4	14	2	10	2	25
2-3 en semana	10	36	8	40	2	25
1 en semana	7	26	5	25	2	25
1 en 15 días	1	3,5	1	5	—	—
1 en 3-4 semanas	1	3,5	—	—	1	12,5
Sin pérdida de control	5	18	4	20	1	12,5

8. Estimación media de consumo diario de alcohol absoluto en c.c.

Cantidad c.c.	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
100-149	2	7,14	1	5	1	12,5
150-249	4	14,29	2	10	2	25
250-349	12	42,86	10	50	2	25
350-449	6	21,43	5	25	1	12,5
450-500	4	14,29	2	10	2	25
X ≡	298	c.c.	302	c.c.	287	c.c.

9. Tipo de bebida

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Cerveza	—	—	—	—	—	—
Vino	2	7	1	5	1	12,5
Licores	3	11	3	15	—	—
Cerveza y vino	2	7	2	10	—	—
Cerveza y/o vino y/o licores	21	75	14	70	7	87,5

10. Compañía en la bebida

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Consumo solitario	12	43	5	25	7	87,5
Consumo con amigos	9	32	9	45	—	—
Ambos tipos de consumo	7	25	6	30	1	12,5

11. Lugar de consumo

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Bar	15	54	14	70	1	12,5
Casa	5	18	—	—	5	62,5
Ambos	8	38	6	30	2	25

12. Capacidad para rechazar bebidas alcohólicas

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
No asertivos	20	72	16	80	4	50

13. Complicaciones de tipo físico

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Temblor, pituitas matutinas, anorexia, insomnio, etc.	23	82	16	80	7	87,5
Síndromes neuróticos	7	25	7	35	—	—
Síndromes gástricos y ulcerosos	2	7	2	10	—	—
Insuficiencia hepática	4	14	2	10	2	25
Senilidad precoz alcohólica	3	11	2	10	1	12,5

14. Complicaciones de tipo psíquico

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Embriagueces patológicas	1	3,5	1	5	—	—
Neurastenia alcohólica	7	25	7	35	—	—
Trastornos caracterológicos; irritabilidad, explosividad; distimias, depresión.	21	75	13	65	8	100
Estados demenciales alcohólicos. Síndrome de Korsakow.	1	3,5	—	—	1	12,5

15. Complicaciones de tipo social

	N total		N varones		N mujeres	
	N	%	N	%	N	%
Desajuste familiar	18	64	14	70	4	50
Separación conyugal	4	14	2	10	2	25
Disgregación familiar	2	7	1	5	1	12,5
Degradación familiar	1	3,5	1	5	—	—
Desajuste laboral	5	18	3	15	2	25
Absentismo laboral	2	7	2	10	—	—
Inestabilidad laboral	5	18	4	20	1	12,5
Degradación laboral	3	11	2	10	1	12,5
Incapacidad laboral	3	11	2	10	1	12,5
Conducta anti-social menor	3	11	3	15	—	—
Conducta anti-social mayor (delitos, arrestos, etc.)	1	3,5	1	5	—	—
Pérdida de nivel social	3	11	1	5	2	25

Material utilizado

El tratamiento se llevó a cabo en el Dispensario Antialcohólico de Madrid.

La primera consulta de los primeros pacientes se realizó en febrero de 1979, y se admitieron pacientes nuevos hasta julio de ese mismo año.

Además del material para la historia clínica, y las hojas de registro de conducta, se empleó un aparato para medir la alcoholemia. Durante el primer año se utilizó un alcotest sencillo (Drager-test) consistente en un pequeño tubo conteniendo micromato potásico y una bolsa de plástico inflable. El sujeto tenía que soplar en la bolsa que previamente se había unido al tubo.

Si el sujeto tenía alguna cantidad de alcohol en aliento, el micromato se teñía de color verde. Una línea marcaba la división entre la alcoholemia inferior y superior al 0,08. Posteriormente se adqui-

rió un alcoholímetro de la marca Lion que daba una información más exacta y en sistema digital del nivel de alcoholemia del sujeto.

Diseño

Se utilizó un diseño de línea-base múltiple con varios sujetos.

Las principales variables dependientes fueron: La frecuencia y cantidad de consumo de alcohol, la frecuencia de las pérdidas de control y los trastornos físicos, psíquicos, sociofamiliares y laborales debido al consumo excesivo de alcohol.

La cantidad de consumo de alcohol se estimó según los criterios señalados por Santo Domingo (1970): se parte de una equivalencia de grados de alcohol en volumen correspondiente al 5 por 100 para la cerveza, 10 por 100 para el vino y 50 por 100 para el licor en general. La unidad de medida para el licor se ha fijado en la copa, suponiendo un volumen de 25 c.c. para la misma.

Se define una pérdida de control como la incapacidad que tiene el sujeto de parar de beber una vez que ha comenzado.

Procedimiento

Los sujetos fueron seleccionados de los pacientes que acudieron al Dispensario Antialcohólico para recibir tratamiento.

La adscripción de los sujetos al tratamiento conductual se hizo de forma aleatoria. Igualmente se hizo en la adscripción de los sujetos a los diferentes terapeutas, sin más limitaciones que las de compaginar con los días que cada terapeuta tenía consulta en el Dispensario. Las consultas se realizaron siempre por la tarde. Personalmente realicé el tratamiento al 57 por 100 de los sujetos y otra psicóloga del Dispensario el 43 por 100 restante.

Cuando el sujeto llegaba a la consulta, un médico-psiquiatra le hacía una entre-

vista recogiendo los datos de una historia clínica standard. El psicólogo que iba a tratar al paciente, estaba en la primera entrevista de observador. Al finalizar la sesión el terapeuta proporcionaba al paciente y familiar más cercano hojas de registro de la conducta de beber. La consigna que el sujeto recibía era de permanecer abstinentemente hasta la próxima consulta, pero pidiendo que si se consumía alguna cantidad de alcohol lo anotara en las hojas de registro que se les había proporcionado.

En la segunda entrevista se realizaba un estudio de capacidad intelectual y posible deterioro psico-orgánico (prueba WAIS) del sujeto. Las pruebas las realizaba un psicólogo diferente a los terapeutas que iban a realizar el tratamiento.

A todos los sujetos se les mandó hacerse un análisis clínico que valorara su función hepática y su nivel de salud general.

Para prevenir la tendencia a ocultar los episodios de bebida que de forma sistemática suelen presentar los sujetos con problemas de alcohol, se les explicó la necesidad e importancia de anotar cualquier consumo de alcohol y de esta forma poder conocer su manera peculiar de beber y poder realizar el tratamiento de acuerdo con sus propias características.

Todos los sujetos fueron reforzados con atención y alabanzas por el terapeuta si traían las hojas de registro. Se evitó castigar los episodios de bebida descontrolada eliminando cualquier atención a ella y reforzando la abstinencia y la bebida controlada.

Todos los sujetos recibieron la medicación para prevenir el síndrome de abstinencia (complejo vitamínico-psicofármacos).

Durante el tratamiento y de una forma aleatoria se tomaron pruebas de aliento a los sujetos al venir a la sesión para medir su nivel de alcohol en sangre. Estas pruebas tenían dos finalidades: verificar la fiabilidad de las informaciones verbales de los sujetos sobre su consumo de alcohol y realizar la sesión en las condiciones adecuadas. (Si un sujeto tenía un

nivel de alcoholemia igual o superior a 0,08, no se realizaba la sesión. Prácticamente nunca se dio esta circunstancia).

Una vez finalizado el tratamiento se realizaron tres seguimientos: al año, a los 18 meses y a los dos años.

Cada paciente fue estudiado de forma individualizada con un análisis funcional para diseñar el tratamiento adecuado a sus características de bebida y a su forma de perder el control.

Los problemas de ansiedad, especialmente a estímulos sociales, la falta de asertividad, la falta de recursos para emplear el tiempo libre una autoestima muy deficiente, el rechazo familiar y social de los sujetos, y el propio déficit de control con la sustancia, exigieron un gran número de técnicas de tratamiento.

Se realizó entrenamiento en técnicas de relajación, de desensibilización sistemática e incluso inundación para el tratamiento de la ansiedad.

Entrenamiento en habilidades sociales, utilizando video-tape y role-playing.

Se enseñó a rechazar invitaciones a beber mediante ensayos conductuales en la consulta.

Extinción de atención a los episodios de bebida descontrolada.

Empleo de refuerzo social del terapeuta y familiares a cualquier logro y posteriormente técnicas de autoreforzamiento y eliminación del autocastigo. Diversas técnicas de autocontrol ante situaciones aversivas: demorar refuerzos, emplear relajación, etc.

Incremento de actividades de ocio: cine, visitas a galerías de arte, deporte, yoga, baile, etc.

A los sujetos designados al grupo de abstinencia de tratamiento se les pidió que se abstuvieran de consumir cualquier clase de bebidas alcohólicas. Para conseguirlo en un principio, se les proporcionó carbamida cálcica (Colme) en forma de gotas que deberían tomar dos veces al día: desayuno y almuerzo. Cualquier episodio de bebida debía anotarse en las hojas de registro suministradas y que deberían traer cada semana a la sesión.

El familiar recibía instrucciones de registrar los episodios de bebida ocurridos entre sesiones. Se les pedía que eliminaran cualquier tipo de atención (riñas, etcétera) a estos episodios de bebida, incluso aunque fueran con pérdida de control.

Los sujetos asignados al grupo de bebida controlada de tratamiento recibieron unas instrucciones sobre los requisitos que deberían cumplir para poder controlar su bebida.

El familiar tenía que registrar cualquier episodio de bebida, eliminando cualquier atención (riñas, etc.) a los episodios de bebida descontrolada.

RESULTADOS

Aunque la investigación y la literatura sobre alcoholismo no ha elaborado una definición única y precisa sobre cuando un sujeto es alcohólico, generalmente se considera como tal a aquel individuo que consume alcohol de una forma excesiva (100-150 c.c. de alcohol absoluto diario o más) y tiene una serie de complicaciones debidas a ese consumo excesivo. Sin embargo, no existe un punto específico bien cualitativo a partir del cual aparece el alcoholismo. En vista de estos problemas de definición se presentarán los resultados en un número diverso de criterios que permitan una evaluación múltiple de la remisión del problema.

Los criterios que se emplearán son: la frecuencia y pautas del consumo (clase de bebida, pérdidas de control, cantidad de consumo) y las diferentes alteraciones físicas y psicológicas debidas al consumo de alcohol, además de varios indicadores de ajuste social.

Para analizar los resultados se han rechazado a aquellos sujetos que sólo acudieron 1 ó 2 veces a consulta ya que no pueden considerarse influenciados por el tratamiento. Este grupo de sujetos ($n = 4$) representa el 14,5 por 100 del grupo total. Interesa descartar que tres de ellos (11 por 100) fueron vistos inmediata-

mente antes de las vacaciones de verano y el otro sujeto era un politoxicómano que además de alcohol tomaba otras sustancias. Por otra parte, en el seguimiento realizado a los dos años del tratamiento, desconocíamos datos del 21 por 100 de la muestra y habíamos contactado con el 79 por 100 restante.

No se encontraron diferencias significativas entre los dos psicólogos que actuaron como terapeutas en cuanto a número de sujetos recuperados y no recuperados ni en relación a ninguna de las características analizadas.

CONSUMO DE ALCOHOL

Ya que el alcoholismo comienza con un consumo excesivo de alcohol, nos parece lógico resaltar en primer lugar los cambios en el consumo de alcohol como un componente de recuperación.

a) Cambios en el consumo diario de bebidas alcohólicas

Los cambios en el consumo diario desde el pretratamiento al postratamiento y los diferentes momentos del seguimiento (1 año, 18 meses y 2 años), se muestra en la tabla 3.

No cabe duda de que el cambio es muy notable ya que de un porcentaje del 96 por 100 antes de iniciar el tratamiento, se desciende a un 12,5 por 100 en el postratamiento. En el seguimiento de 1 año, el consumo se había incrementado a un 30 por 100 y posteriormente fue descendiendo en los seguimientos sucesivos. A los 18 meses bebían diariamente el 18 por 100 de los sujetos y a los 2 años sólo el 9 por 100 de los mismos.

b) Tipos de bebida alcohólica

La mayoría de los sujetos (85,5 por 100) consumían bebidas de alta gradua-

TABLA 3
Cambios en el consumo diario de bebidas alcohólicas

Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento					
				1 año		18 meses		2 años	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
23	96	3	12,5	7	30	4	18	2	9

TABLA 4
Cambios en el tipo de bebida alcohólica consumida

	Pretrat.		Postrat.		Seguimiento					
	N	%	N	%	1 año		18 meses		2 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cerveza	—	—	4	17	2	9	3	13,5	2	9
Vino	2	8,5	2	8,5	1	4,5	3	13,5	4	18
Cerveza y vino	2	8,5	1	4,2	2	9	—	—	2	9
Licor	3	12,5	2	8,5	—	—	3	13,5	2	9
Cerveza y/o vino-licor	18	75	2	8,8	7	30,5	4	18,5	1	4,5

ción alcohólica (licores) antes de comenzar el tratamiento y ninguno bebía sólo cerveza. Los cambios después del tratamiento son muy notables, descendiendo el grupo de sujetos con consumo de licores a un 25 por 100. Un discreto incremento aparecía en el seguimiento de 1 año, el 30 por 100 de los sujetos consumía licor, se mantenía prácticamente igual en el seguimiento de los 18 meses y descendía a los 2 años a un 13,5 por 100.

El consumo de bebidas de menor graduación alcohólica (cerveza y vino) se incrementó progresivamente. Desde un 17,5 por 100 antes de comenzar el tratamiento a un 30 por 100 después del mismo. Un discreto descenso se observó en el seguimiento de 1 año (22,5 por 100) y volvió a incrementarse a los 18 meses (26,5 por 100) y dos años (36 por 100).

c) Consumo medio de alcohol absoluto diario

No sólo se modificaron la frecuencia y tipo de bebida alcohólica consumida, sino también la cantidad de alcohol absoluto consumido en un día «típico».

El consumo promedio de un día «típi-

co» antes de comenzar el tratamiento era de 293,5 c.c. de alcohol absoluto, mientras que al finalizar el mismo la medida descendió a 21,45 c.c. Como en las demás medidas, se incrementa este promedio en el seguimiento de 1 año, $X \equiv 44,34$ y desciende a los 18 meses $X \equiv 30,45$ y a los 2 años $X \equiv 25,68$. Tomando los 100 c.c. de alcohol absoluto como un punto de división entre alto y bajo consumo, como se ha hecho muchas veces en la literatura de alcoholismo, observamos en la tabla 5 que antes del tratamiento todos los sujetos superaban esta cantidad, en tanto que después del tratamiento muy pocos sujetos la superan: un 8,5 por 100 en el postratamiento, un 22 por 100 al año del seguimiento y un 9 por 100 en los seguimientos posteriores. Todos los detalles de la cantidad de consumo se especifican en la tabla 5.

En la misma tabla se observa que el 41 por 100 de los sujetos mantenían una pauta de abstinencia y un 46 por 100 una pauta de bebida moderada al terminar el tratamiento. En el seguimiento de 1 año el nivel de abstinencia permanecía prácticamente similar (43,5 por 100), pero ha-

TABLA 5
Cambios en la cantidad de alcohol absoluto en c.c. consumidos en un día «típico»

c.c. de alcohol	Pretrat.		Postrat.		Seguimiento							
					1 año		18 meses		2 años			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
0	—	—	10	41,5	10	45	7	32	8	34		
10-24	—	—	3	11,5	1	4,5	2	9	3	13,5		
25-49	—	—	6	25	2	9	3	13,5	4	17,5		
50-74	—	—	2	8	3	13,5	5	22	3	13,5		
75-99	—	—	—	—	2	9	1	4,5	—	—		
100-149	2	8	2	8	2	9	1	4,5	1	4,5		
150-249	4	16	—	—	2	9	1	4,5	1	4,5		
250-349	9	37,5	—	—	1	4,5	—	—	—	—		
350-449	6	25	—	—	—	—	—	—	—	—		
450-500	3	11,5	—	—	—	—	—	—	—	—		
X =	293,5		21,45		44,34		30,45		25,68			
$\sigma_x =$	121,1		29,59		68,3		62,44		60,1			
	N = 24				N = 23				N = 22			

bía descendido el porcentaje de sujetos con bebida moderada a un 34,5 por 100. En el seguimiento de 18 meses, un 32 por 100 mantenía la abstinencia y se había incrementado el número de sujetos que bebían de forma moderada a un 48 por 100. A los dos años se había elevado ligeramente el grupo de abstinencia (36,5 por 100) y había descendido también discretamente el grupo de bebida moderada a un 41 por 100.

Estas fluctuaciones ponen de manifiesto una de las características más frecuentes en el tratamiento de los alcohólicos y es el hecho de cambiar muchas veces su nivel y forma de consumo.

En nuestro caso nos parece interesante destacar que aunque no todos los sujetos tenían una orientación dirigida a la bebida controlada, sí se les dio a todos los sujetos una explicación de las pérdidas de control en función de variables psicológicas y no tanto de las características químicas de la sustancia lo que nos parece facilitó que pudiera consumir alcohol sin que se viera como recaída y por tanto se logró una bebida moderada.

d) *Pérdidas de control*

La frecuencia con la que los alcohólicos pierden el control cuando beben es un índice importante para valorar la eficacia de un tratamiento.

Al recogerse esta información antes de comenzar el tratamiento, había un grupo de sujetos que se embriagaban todos los días (12,5 por 100), otros, 2 ó 3 veces en semana e incluso había semanas que diariamente (37,5 por 100); una vez en semana (generalmente el sábado) se embriagaba el 29 por 100 de los sujetos. Sin pérdidas de control había únicamente un 12,5 por 100. Después del tratamiento no había ningún sujeto que perdiera el control todos los días y el 83,5 por 100 no perdía el control nunca. En el seguimiento al año, tampoco había ningún sujeto con descontrol diario, aunque sí había un 4 por 100 que se descontrolaba una vez en semana, en tanto que el 65 por 100 persistía sin embriagueces. A los dieciocho meses, sólo un 13,5 por 100 perdía alguna vez el control, embriagándose con una frecuencia menor que una vez en semana, en tanto que a los dos años, un 18 por 100 tenía alguna pérdida de control o embriaguez y el 72 por 100 restante no perdía nunca el control. Ver tabla 6.

TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DEL ALCOHOL

Como ya se ha dicho antes, el alcoholismo raramente se define por la cantidad de consumo únicamente, sino también por una serie de trastornos que reflejan

TABLA 6
Cambios en la frecuencia de las pérdidas de control

Pérdidas de control	Pretrat.		Postrat.		Seguimiento					
					1 año		18 meses		2 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diaria	3	12,5	—	—	—	—	—	—	—	—
2-3 semana	9	37,5	—	—	—	—	—	—	—	—
1 semana	7	29	—	—	1	4,5	—	—	1	4
1 en 15 días	1	4	1	4	3	13	1	4,5	1	4
1 en 1 mes	1	4	1	4	3	13	2	9	2	9
1 en 4-5 meses	—	—	2	8	—	—	—	—	—	—
1 en 6 meses	—	—	—	—	1	4,5	—	—	—	—
No pérdidas de control	3	12,5	20	83,5	15	65	18	81	16	72

las alteraciones debidas al uso del alcohol.

a) *Trastornos físicos*

Un trastorno físico de especial interés es la existencia de temblores y pituitas matutinas ya que se considera como un síntoma claro de síndrome de abstinencia. Este trastorno estaba presente antes del tratamiento en el 83,5 por 100 del grupo total, habiendo descendido dramáticamente después del tratamiento hasta un 8 por 100. En el seguimiento muy pocos sujetos presentaban trastornos in-

dicativos del síndrome de abstinencia. Sólo un 13 por 100 tenía temblores en el seguimiento realizado al año, un 9 por 100 en el de dieciocho meses y un 5 por 100 en el seguimiento de dos años. En el seguimiento de dieciocho meses se logró ingresar a una mujer en un Hospital General por una cirrosis hepática, aunque ya se había intentado el ingreso en un sinnúmero de ocasiones.

Los cambios producidos en las complicaciones físicas a lo largo del tratamiento y seguimiento se ven reflejados en la tabla 7.

TABLA 7
Cambios en las complicaciones de tipo físico

Trastornos físicos	Pretrat.		Postrat.		Seguimiento					
					1 año		18 meses		2 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Temblores, pituitas	20	83,5	2	8	3	13	2	9	1	4,6
Síndromes neuríticos	6	25	—	—	—	—	1	4,6	1	4,6
Síndromes gástricos y ulcerosos	1	4	1	4	1	4,5	1	4,6	1	4,6
Insuficiencia hepática	3	12,5	1	4	1	4,5	1	4,6	1	4,6
Senilidad precoz	2	8	1	4	1	4,5	1	4,6	1	4,6
Muerte	—	—	—	—	—	—	—	—	2	9
N.º total de sujetos con complicaciones	21	87	3	12,5	4	18	4	14	3	14

b) *Trastornos de tipo psíquico*

Los trastornos de carácter, tales como irritabilidad, explejidad, distimias y depresión, muy frecuentes en los alcohólicos, los padecían el 75 por 100 de los sujetos antes de comenzar el tratamiento y descendieron a un 17 por 100 después del tratamiento. Ligeramente superior fue el porcentaje encontrado en el seguimiento del año (22 por 100) y vuelve a descender en los seguimientos posteriores, 9 por 100 y 14 por 100 respectivamente.

TRASTORNOS EN EL AMBITO SOCIAL

Muchos alcohólicos sufren una serie de dificultades sociales especialmente en el trabajo y la familia. Se sabe que los alcohólicos se separan o están en paro en mayor proporción que la población general. Aunque no está claro si estas dificultades sociales preceden a la conducta alcohólica o son consecuencia de ella, la mayoría de los programas de tratamiento proporcionan consejo matrimonial e incluso rehabilitación laboral.

TABLA 8

	Pretrat.		Postrat.		Seguimiento						
					1 año		18 meses		2 años		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Embriagueces patológicas	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trastornos caracterológicos	18	75	4	17	5	22	2	9	3	14	
Neurastenia alcohólica	6	25	—	—	—	—	—	—	—	—	
Estados demenciales	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	
N.º total de sujetos con complicaciones	24	100	4	17	5	22	2	9	3	14	

TABLA 9
Cambio en las complicaciones de tipo familiar

	Pretrat.		Postrat.		Seguimiento					
					1 año		18 meses		2 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Desajuste familiar	15	62	1	4	3	13	4	18	2	9
Separación	4	17	3	13	2	8,5	2	9	2	9
Disgregación	1	4	1	4	1	4,5	1	4,5	1	4,5
N.º total de sujetos con complicaciones	20	83	5	21	5	22	6	27	4	18

Cambios en las complicaciones laborales

	Pretrat.		Postrat.		Seguimiento					
					1 año		18 meses		2 años	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Desajuste laboral	5	21	—	—	—	—	—	—	—	—
Absentismo	2	8	—	—	—	—	—	—	—	—
Inestabilidad	5	21	2	8,5	2	9	2	9	2	9
Degradación	2	8	—	—	—	—	—	—	—	—
Incapacidad	2	8	—	—	—	—	—	—	—	—
N.º total de sujetos con complicaciones	5	21	2	8,5	2	9	2	9	2	9

TABLA 10
Complicaciones de tipo social

	Pretrat.		Postrat.		Seguimiento						
					1 año		18 meses		2 años		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Conducta antisocial menor	2	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Conducta antisocial mayor	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pérdida de nivel social	2	8	1	4	1	4,5	1	4,5	1	4,5	4,5
N.º total de sujetos con complicaciones sociales	4	16	1	4	1	4,5	1	4,5	1	4,5	4,5

Los cambios ocurridos en la estabilidad familiar y laboral se muestran en detalle en la tabla. Las peleas y riñas por la bebida que producían el desajuste familiar se redujeron de forma considerable (de 62 por 100 a un 4 por 100 en el seguimiento). Es de destacar que una parte integrante del tratamiento y que se explicaba ya en la primera consulta, era la eliminación de todo tipo de conflictos y riñas por el consumo de alcohol (ver el apartado de procedimiento).

De los varones separados, uno de ellos volvió a vivir con la mujer y otro con su familia primaria. De las dos mujeres separadas, una sólo acudió al tratamiento a 3 sesiones durante un mes. En el seguimiento de 1 año, se contactó con ella telefónicamente y su información fue positiva. No obstante, pidió que no se la volviera a llamar por desear olvidar todo lo relacionado con el alcohol. La otra mujer separada necesitó ingreso en un hospital por una cirrosis hepática y posteriormente siguió bebiendo.

El porcentaje de sujetos con complicaciones en el ámbito laboral, antes de comenzar el tratamiento (21 por 100) nos indica que nuestros sujetos no pertenecen al grupo de población vagabundos y sin trabajo (los «skid-row» anglosajones). De todas formas, las complicaciones laborales descendieron a un 8,5 por 100 en

el postratamiento y se mantuvo en los seguimientos.

Es necesario analizar qué ocurrió con los sujetos en paro. De los 5 en paro (21 por 100), 2 (8 por 100) lograron trabajar y mejoraron totalmente en las demás áreas, 2 (8 por 100) se perdieron en la primera o segunda consulta y el otro sujeto en paro casi no mejoró, excepto en una época en que estuvo trabajando en otra ciudad. Posteriormente fue al paro y volvió a beber de forma cuantiosa.

Muy pocos sujetos habían cometido algún delito antes de comenzar el tratamiento, pero ninguno de ellos tuvo problemas con la justicia o fue encarcelado durante el tratamiento y en los seguimientos.

COMPARACION ENTRE LOS SUJETOS TRATADOS Y NO TRATADOS

Una forma de establecer la eficacia de un tratamiento es mostrar que las personas que recibieron el tratamiento estaban mejor que las que no lo recibieron. En una situación de laboratorio se puede realizar un experimento en el que un grupo de sujetos se compara con otro grupo equivalente pero sin tratamiento. En una situación clínica no es posible ni siquiera deseable no dar tratamiento a un

grupo control que se haya seleccionado aleatoriamente. En vez de ello, se puede buscar a aquel grupo de alcohólicos que recibieron muy poco tratamiento o ningún tratamiento.

Aquí vamos a considerar como no tratados a aquellos sujetos que o bien sólo tuvieron un primer contacto y no recibieron más tratamiento y aquellos que contactaron dos veces y sólo recibieron

un mínimo de información. Dentro de los sujetos tratados también conviene hacer una diferenciación: aquellos que recibieron menos tratamiento que una cantidad típica y aquellos que recibieron más cantidad de tratamiento. Consideramos con baja cantidad de tratamiento a los sujetos que recibieron 6 sesiones o menos y con alta cantidad de tratamiento a los que recibieron 7 sesiones o más.

TABLA 11

Situación de recuperación	No tratados				Tratados			
	1 contacto		2 contactos		bajo trat.		alto trat.	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Recuperados	—	—	1	25	4	57	11	74
No recuperados *	—	—	—	—	—	—	4	26
Pérdidas	3	75	—	—	3	43	—	—

* Conviene destacar aquí que uno de los sujetos considerados como no recuperados por tener un promedio de una pérdida de control al mes, había descendido su consumo habitual a unos 50 c.c. de alcohol absoluto en un día «típico», no bebía diariamente y no tenía ningún tipo de complicación física, psíquica o social. Si este caso se incluyera entre los recuperados, el porcentaje de sujetos con alto tratamiento tendría un índice de recuperación del 80 por 100, mucho más elevado que los sujetos con bajo tratamiento o ningún tratamiento.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La complejidad para evaluar actualmente el tratamiento en alcoholismo exige utilizar una variedad de índices de mejoría que den una información no sólo de su conducta de beber sino también de su salud física y psíquica y de su estabilidad familiar y social.

El primer dato interesante en la evaluación del tratamiento es el pequeño porcentaje de sujetos que se perdieron en el tratamiento y posteriores seguimientos. Al cabo de dos años de haber iniciado el tratamiento, se mantenían contactos con el 80 por 100 de los sujetos del grupo inicial. La mayoría de los sujetos que se perdieron en el comienzo del tratamiento fueron vistos en primera entrevista a finales del mes anterior a las vacaciones de verano por lo que se puede suponer que su no permanencia en el

tratamiento se debió a no haber podido establecer una relación terapéutica suficiente como para mantenerlos. Aunque en nuestros datos no se han hecho conjeturas sobre la situación de recuperación de los sujetos perdidos, se tiene información en la literatura de que los sujetos más difíciles de localizar están peor que los otros sujetos del mismo grupo.

Sobell y Sobell (1976) apoyan con sus datos esta afirmación. Ellos localizaron en sus seguimientos a 69 de los 70 sujetos iniciales. De esos 69, 5 sujetos fueron especialmente difíciles de localizar y al final lograron contactar con ellos fuera del plazo de seguimiento correspondiente. Los cinco sujetos estaban peor que el resto de su grupo: dos estaban peor que todos, dos estaban funcionando moderadamente por debajo del promedio de su grupo y uno funcionaba ligeramente peor.

Otro dato importante de los resultados es que los sujetos que permanecieron en el tratamiento mostraron una mejoría muy sustancial en una serie de índices específicos: El consumo diario de bebidas alcohólicas que era la pauta habitual del grupo en el pretratamiento cambia en la mayoría de los sujetos a una pauta de consumo alterno, espaciado, semejante o incluso inferior a la pauta que realiza la población general de bebedores ligeros sin problemas (Santo Domingo, 1977). El tipo de bebida consumida que en el pretratamiento era fundamentalmente de alta graduación (licores) cambia en el postratamiento y seguimiento a la utilización de bebidas de baja graduación especialmente cerveza y vino rebajado. Estos cambios en la forma de beber tienen una repercusión muy importante en la cantidad de alcohol absoluto consumido. Mientras que anteriormente al tratamiento el promedio de consumo diario de alcohol absoluto era de 300 c.c., después del tratamiento y en los seguimientos no superó los 50 c.c. (equivalente a dos copas de licor) de consumo de alcohol absoluto y por supuesto no era un consumo diario. Sólo un porcentaje mínimo de sujetos (un 10 por 100 aproximadamente) bebía cantidades superiores a los 100 c.c. de alcohol absoluto después del tratamiento. Así pues, un gran número de sujetos consigue obtener bien una pauta de abstinencia bien una pauta de bebida controlada después del tratamiento. Estas pautas, sin embargo, son fluctuantes, de forma que algunos sujetos de bebida controlada mantienen períodos amplios de abstinencia y sólo beben en determinados acontecimientos, o viceversa algunos sujetos que hacen abstinencia, mantienen períodos de tiempo con una cierta bebida controlada.

La tasa de sujetos que no pierde el control durante largos períodos de tiempo oscila entre el 70 y 80 por 100 de los sujetos tratados. El fenómeno de la pérdida de control tan controvertido teóricamente por ser el elemento definido por Jellinek como característica del alcohóli-

co-enfermo, aparece en nuestros sujetos como una conducta compulsiva discriminativa que necesitó en la mayoría de los casos tratamiento en relación a la ansiedad que les sucitaba. Como el ciudadano medio cree que se es alcohólico para siempre, y si se bebe una copa se acaba borracho, nuestros sujetos tenían en gran medida un fuerte temor a perder el control. Este temor a la pérdida de control fue especialmente traído con técnicas de inundación y desensibilización que parecieron tener una influencia directa en el descenso de la tasa de la pérdida de control. Pero, como no se ha hecho un control adecuado que permita una afirmación semejante, nuestra impresión queda como hipótesis de estudio para alguna investigación posterior.

Todos los sujetos que habían descendido su tasa de consumo a límites muy moderados (o nulos) habían incrementado su salud física y psíquica y su estabilidad familiar y social en la misma medida, así la tasa relativa de mejoría de nuestro grupo es de aproximadamente el 70 por 100 de los sujetos y esto durante, al menos, dos años de seguimiento. Estos resultados son similares a los publicados en la literatura tales como la revisión publicada por Emrick (1974), como los datos de tratamiento del NIAAA y publicados por la Rand Corporation (1976, 1980) en sendos seguimientos de dieciocho meses y cuatro años.

Ni nuestros datos, ni los datos de la literatura, dan pie para creer que una pauta de bebida controlada/moderada sea un preludio para la recaída.

El porcentaje de sujetos que mantuvo una pauta estable de bebida controlada no es muy numeroso (18 por 100) pero tampoco es numeroso el porcentaje de sujetos que mantuvieron la abstinencia de una forma estable (22 por 100). El resto de los sujetos en recuperación estable (14 por 100) fluctuó entre ambos tipos de pautas. No se saben con seguridad las causas de estos cambios, pero los sujetos afirmaron que en ocasiones les resultaba menos costoso tomar una deci-

sión de no beber nada durante un tiempo que tomar una decisión de una forma más continuada.

Con respecto al problema de las recaídas, tan frecuentes en los sujetos en tratamiento, nuestros datos ofrecen un resultado que necesita ser señalado. La frecuencia de las recaídas no se da por un igual en todos los momentos del seguimiento, sino que son más numerosas en el primer seguimiento. Posteriormente los resultados vuelven a estabilizarse en los seguimientos de los dieciocho meses y dos años. Esta situación es similar a la encontrada por otros investigadores que informan que la probabilidad de recaídas es mayor en los primeros meses después de finalizado el tratamiento. Una explicación podrá ser el que la conducta adecuada de manejo de alcohol (abstinencia o bebida controlada) no estuviera todavía demasiado afianzada en el sujeto y compitiera en probabilidad de aparición con la conducta de abuso de alcohol. Sea o no ésta la explicación, se ha aconsejado de manera reiterada la necesidad de sesiones de control y recondicionamiento en el tratamiento de los alcohólicos, especialmente en estos primeros meses cuando el sujeto se enfrenta nuevamente a un medio en el que el consumo de alcoholes de alta graduación está asociado a múltiples estímulos y situaciones, y la necesidad de aprender a ejercer su pro-

prio autocontrol está continuamente a prueba.

En cuanto al tratamiento, sí parece existir un factor que incide de forma significativa sobre las recuperaciones, y este factor es la cantidad de tratamiento que el sujeto recibe. Actualmente se reconoce que un problema fundamental del tratamiento de los sujetos con problemas de alcohol es retenerlos el tiempo suficiente como para proporcionarles la ayuda necesaria. A esta tendencia a perderse en el inicio se une otra muy común también y es la existencia de una pauta de tratamiento periódico en el que el sujeto alterna fases de tratamiento y no tratamiento. Tal es así que en ocasiones (Sobell y Sobell 1976, 1980) se ha considerado como resultado positivo de tratamiento el que posteriormente al contacto más o menos largo de un sujeto alcohólico con un centro de tratamiento, se haya puesto en contacto con otro grupo de tratamiento diferente. Nuestros sujetos recibieron el tratamiento a veces con un tiempo entre sesiones de más de un mes de diferencia, jugando un papel decisivo en el mantenimiento del tratamiento los contactos por carta y por teléfono que se hacían. En general, los sujetos que recibieron más cantidad de tratamiento tienen resultados mejores y más estables que los sujetos que recibieron pocas sesiones de tratamiento.

NOTAS

* (La enseñanza de la bebida controlada en sujetos alcohólicos como una alternativa a la abstinencia es un tema muy controvertido ya que está en directa contradicción con los modelos tradicionales de alcoholismo; sin embargo no es objeto de este trabajo el entrar en dicha polémica. Si el lector lo desea, puede consultar el tema de forma extensa en la Tesis Doctoral de la autora: *Bebida controlada ¿Objetivo de tratamiento en alcohólicos?* Universidad Complutense de Madrid, 1982.)

Referencias

- ARMOR, D. J., POLICH, J. M., and STAMBUL, H. B.: «Alcoholism and Treatment». *Rand Corporation*, Santa Mónica, California, 1976.
- BANDURA, A.: «Principles of behavior modification». *Holt, Rinehart and Winston*, 1969.
- BIGELOW, G., LIEBSON, I., and GRIFFITHS, R. R.: «Experimental analysis of alcoholic drinking». *Paper read at American Psychological Association*. August 1973.
- BIGELOW, G., and LIEBSON, I.: «Cost factors controlling alcoholic drinking». *Psychol. Rec.*, 1972, 22: 305-314.

- BIGELOW, G., LIEBSON, I., and GRIFFITHS, R. R.: «Alcoholic drinking: Suppression by a behavioral time-out procedure». *Behavior Research and Therapy*, 1974, 12, 107-115.
- BROMET, EVELYN, J., and MOOS, RUDOLPH: «Prognosis of Alcoholic Patients: Comparisons of Abstainers and Moderate Drinkers». *British Journal of Addiction*, 1979, 74: 183-188.
- CADDY, G. R.: «Blood alcohol concentration discrimination training: Development and current status». In *Behavioral Approaches to Alcoholism*. 1978. (Edited by G. A. Marlatt and P. E. Nathan). Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, N. J.
- COHEN, M., I. A. LIEBSON, L. A. FAILLAGE, and SPEERS.: «Alcoholism: Controlled drinking and incentives for abstinence». *Psychol. Rep.*, 1971, 28, 575.
- CONGER, J. J.: «Alcoholism: Theory, problem and challenge. II. Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism.» *Q. J. Stud. Alcohol*, 1956, 17:291-324.
- CONGER, J. J.: «Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism». *Quart. J. Stud. Alc.*, 1956, 17:296-305.
- COSTELLO, BAILLARGEON, and BIEVER.: «Therapeutic Community Treatment for Alcohol Abusers: One-year Multivariate Outcome Evaluation». *Inter. J. of Addic.*, 1980, 15, 2.
- DAVIES, D. L.: «Normal drinking in recovered addicts». *Q. J. Stud. Alcohol*, 1962, 23, 94.
- DOLLAR, J., and MILLER, N.: «Personality and psychotherapy». *McGraw-Hill*, N. Y. 1950.
- DUCKERT, A.: «Rehabilitation of Alcoholics and Drug addicts; An Experimental Approach». *J. of St. on Alcohol*, 1980, 41, (3), 368-372.
- EISLER, R. M., MILLER, P. M., and HERSEN, M.: «Components of assertive behavior». *Journal of Clinical Psychology*, 1973, 24, 295-9.
- EISLER, R., HERSEN, M., MILLER, P., and BLANCHARD, E.: «Situational determinants of assertive behaviors». *J. of Consl. and Clinical Psychology*, 1975, 43, 330-340.
- EMRICK, C. D.: «A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I. The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment». *Q. J. Stud. Alcohol*, 1974, 35, 523.
- EMRICK, C. D.: «A review of psychologycally oriented treatment of alcoholism». *J. Stud. Alcohol*, 1975, 36:88-108.
- GOTTHEIL, E., L. O. CORBETT, J. C. GRASBERGER, and F. C. CORNELISON, Jr.: «Fixed interval drinking decisions. I. A research and treatment model». *Q. J. Stud. Alcohol*, 1972, 33,311.
- GOTTHEIL, E., H. D. CRAWFORD, and F. S. CORNELISON.: «The Alcoholic's ability to resist available alcohol». *Dir. Nerv. Syst.*, 1973, 34,80.
- HAMBURG, S.: «Behavior Therapy in Alcoholism. A critical Review of Broad-Spectrum Approaches». *Journal of Studies on Alcohol*, 1975, vol. 36, n.º 1.
- HEDBERG, A. G., and CAMPBELL, L.: «A comparison of four behavioral treatment of alcoholism». *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, 1974, 5:251-256.
- HERSEN, M., MILLER, P. M., and EISLER, R. M.: «Interactions between alcoholics and their wives: a descriptive analysis of verbal and nonverbal behavior». *Quarterly Journal Studies on Alcohol*, 1973, 34, 516-20.
- HIGGINS, R. L., and MARLATT, G. A.: «Fear of interpersonal evaluation as a determinant of alcohol consumption in male social drinkers». *J. Abnormal Psychol*, 1975, 84:644-651.
- HODGSON, RAY; RANKIN, HOWARD, and STOCKWELL, TIMOTHY: «Alcohol Dependence and the Priming Effect». *Behav. Res. & Therapy*, 1979, vol. 17, págs. 379-387.
- HUNT, G. M., and AZRIN, N. H.: «A community-reinforcement approach to alcoholism». *Behav. Res. Ther.*, 1973, 11:91-104.
- JELLINEK, E. M.: «The disease concept of alcoholism». Highland Park, NJ; *Hill-house Press*, 1960.
- KOUMANS, A. J. R., MULLER, J. J., and MILLER, C. F.: «Use of letters to increase motivation for treatment in alcoholics». *Psychol. Repts.*, 1965, 16:1152.
- KOUMANS, A. J. R., MULLER, J. J., and MILLER, C. F.: «Use of telephone calls to increase motivation for treatment in alcoholics». *Psychol. Repts.*, 1967, 21:327-328.
- KRAFT, T., and I. AL-ISSA.: «Desensitization and the treatment of alcohol addition» *Br. J. Addict*, 1968, 63,19.
- LOVBOND, S. H., and CADDY G.: «Discriminated Aversive Control in the Moderation of Alcoholics' Drinking Behavior». *Behavior Therapy*, 1970, 1, 437-444.
- LUDWIG, A. M., WIKLER, A., and STARK, L. H.: «The first drink». *Arch. Gen Psychiatry*, 1974, 30:539-547.
- MCMAMEE, H. B., MELLO, N. K. and MENDELSON, J. H.: «Experimental analysis of drinking patterns of alcoholics; concurrent psychiatric observations». *Amer. J. Psychiat.*, 1968, 124:81-87. (CAAAAL 12537).
- MARLATT, G. ALAN and KOSTURN, CAROLE F. LANG, ALAN R.: «Provocation to Anger Opportunity for Retaliation as Determinants of Alcohol Consumption in Social Drinkers». *J. of abnormal Psychology*, 1975, págs. 652-59.
- MARLATT, G., and NATHAN, P.: «Behavioral Approaches to Assessment and treatment of Alcoholism». *Rutgers Center of Alcohol Studies*, N. J. 1978.
- MELLO, N. K., and MENDELSON, J. H.: «Operant analysis of drinking behavior of chronic alcoholics». *Nature*, 1965, 206:43.

- MELLO, N. K., and MENDELSON, J. H.: «A quantitative analysis of drinking patterns in alcoholics». *Archives of General Psychiatry*, 1971, 6, 527-539.
- MELLO, N. K., and MENDELSON, J. H.: «Drinking patterns during workcontingent and noncontingent alcohol acquisition». *Psychosomatic Medicine*, 1972, 34, 139-164.
- MELLO, NANCY K.: «A Sematic Aspect of Alcoholism, in Biological and Behavioral Approaches to drug dependence». Ed. H. D. Cappell and A. E. Le Blanc *Addiction Research Fondation of Ontario*. Toronto 1975.
- MENDELSON, J. H., MELLO, N. K., and SOLOMON, P.: «Small group drinking behavior: An experimental study of chronic alcoholics». In A. Winkler (Ed.), «*The addictive states*». Baltimore: Williams & Wilkins (Vol. 46, Res. Publ. Assoc. Nerv. Ment. Dis.), 1968.
- MENDELSON, J. H., and MELLO, N. K.: «One Unanswered Question about Alcoholism» *Br. J. of Addiction*, 1979, 74, 11-18.
- MENDELSON, J. H., and MELLO, N. K.: «The diagnosis and treatment of alcoholism» *McGraw-Hill Book*, 1979.
- MILLER, P. M.: «Behavioral assessment in alcoholism research and treatment: Current techniques». *International Journal of the Addictions*, 1973, 8, 825-33.
- MILLER, P. M., HERSEN, M., EISLER, R. M., and HILSMAN, G.: «Effects of social stress on operant drinking of alcoholics and social drinkers». *Behav. Res. & Therapy*, 1974 vol. 12, págs. 67-72.
- MILLER, P. M.: «Behavioral Treatment of Alcoholism». *Pergamon Press*, New York, 1976.
- MILLER, W., and MUÑOZ, R.: «How to control your drinking». *Prentice-Hall, Inc.*, N. Y. 1976.
- NATHAN, P. E., TITLER, N. A., LOWENSTEIN, L. M., SOLOMON, P., and ROSSI, M. A.: «Behavioral Analysis of chronic alcoholism. Interaction of alcohol and Human contact». *Arch. Gen. Psychiat.*, May 1970, vol. 22.
- NATHAN, P. E.: «Alcoholism, in *Handbook of Behavior Modification*». (H. Leitenberg, ed.), Appleton-Century-Crofts, New York, 1976.
- NATHAN, P. E., and MARLATT, G.: «Alcoholism: New Directions in Behavioral Research and Treatment». *Plenum Press*, N. Y., 1978.
- PARDES, A., W. R. HOOD, H. SEYMOUR, and M. GOLLOB.: «Loss of control in alcoholism: An investigation of the hypothesis, with experimental findings». *Q. J. Stud. Alcohol* 1973, 34, 1146.
- PATTISON, E. M.: «A conceptual approach to alcoholism treatment goals». *Addictive Behaviors*, 1976, 1:177-192.
- PATTISON, E. M.: «Nonabstinent drinking goals the treatment of alcoholism». *Arch. Gen. Psychiatry*, Aug. 1976, Vol. 33.
- PATTISON, M., SOBELL, M., and SOBELL, L.: «Emergin Concepts of Alcohol Dependence». *Springer Publishing Company*, N. Y. 1977.
- POLICH, ARMOR, and BRAIKER.: «Patterns of alcoholism over four years». *Rand-Corporation*, Enero 1980, R-2433.
- POMERLEAU, O. F.: «Research Priorities in Alcohol Studies: The role of Psychology» *J. Stud. on Alcohol*, 1979, 8, 75-95.
- SANTO-DOMINGO, J., y CALVO, R.: «Analyse clinique d'un groupe d'alcoolisme non hospitalises». *Revue de l'Alcoolisme*, 1976, 22:287-298.
- SANTO-DOMINGO, J.: «El tratamiento del alcoholismo». *Información terapéutica de la Seguridad Social*, 1981, 5, 4:69-74.
- SANTO-DOMINGO, J., CALVO, R., SOLANO, C., CADAVID, C., LAFARGA, C., PATA, M., y CLEMENTE, R.: «Evaluación del tratamiento ambulatorio y pronóstico en alcohólicos». *Reunión de Sociodrogalcohol*, Almería 1978.
- SOBELL, M. B., and SOBELL, L. C.: «Individualized Behavior Therapy for Alcoholics». *Behavior Therapy*, 1973, 4, 49-72.
- SOBELL, M. B., and SOBELL, L. C.: «Alcoholics treated by individualized behavior therapy: one year treatment outcome.» *Behav. Res. & Therapy*, 1973, Vol. 11, págs. 599-618.
- SOBELL, M. B., and SOBELL, L. C.: «Second-year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results». *Behav. Res. Therapy*, 1976, 14:195-215.
- TARTER, R., and SUGERMAN, A.: «Alcoholism: Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem». *Plenum Press*, N. Y., 1976.