

La Terapia Centrada en Soluciones. Una opción de tratamiento para la dependencia al alcohol

Martha Cordero,¹ Roberto Cordero,² Guillermina Natera,³ Jorge Caraveo³

Artículo original

SUMMARY

In Mexico, excess drinking constitutes one of the main public health challenges nationwide. The 2002 National Addictions Survey documented the existence of 11 035 262 heavy drinkers, 3 226 490 habitual drinkers, 2 841 303 persons with alcohol dependence and 2 343 710 persons who started arguing with their spouse or partner when drunk.

Illnesses that are directly or indirectly associated with drinking are among the ten leading causes of death in Mexico among the general population: specifically, men die from attacks or homicide, self-inflicted wounds, alcoholic liver disease and other chronic diseases of the liver and alcohol dependence syndrome.

Although there are various intervention strategies that attempt to influence this problem, it is not known whether these interventions are a causal factor in the change produced by the consumer and the way in which this change is produced after treatment; one way of determining this is by evaluating their results.

Although Solution-Focused Therapy constitutes a different alternative to those that have traditionally been used for treating alcohol consumption, most research conducted in Mexico and other countries is carried out using a social learning model.

Although the results of the Solution-Focused Therapy have been documented in various countries in America and the European Community, the findings are insufficient for it to be regarded as an optimal treatment for modifying excess alcohol consumption among the Mexican population.

Objective

To evaluate the results of the Solution-Focused Therapy in ethanol-dependent persons and to determine the differences between those that seek to modify problems associated with alcohol consumption and those that seek to change their drinking styles.

Method

A comparative O₁-X-O₂ longitudinal design was used, with a 12-month follow-up. The sample comprised 60 intentionally selected alcohol consumers, ages 18 to 50, who attended the Center of Assistance for Alcoholics and Their Relatives (CAAF) at the Ramón de la Fuente National Institute of Psychiatry. They had consumed alcohol in the past year, met the Alcohol Dependence Criteria according to the DSM-IV and gave their written consent.

The sample was divided into 30 ethanol-dependent persons who attended the CAAF in an attempt to modify their drinking levels and 30 ethanol-dependent persons who sought to modify problems associated with their consumption.

In this study, the results of the intervention were defined on the basis of the time elapsed between an ethanol-dependent person's last therapy session and the time when he or she experiences a relapse and continues with the problems associated with alcohol consumption.

The subjects' history of alcohol consumption was characterized by their pattern of consumption, level of dependence, number of DSM-IV criteria, history of treatment, problems of alcohol consumption in the previous two generations of their families of origin, and alcohol-related problems.

The number of additional sessions, services and treatments were regarded as mediators of the results of the intervention.

The information was obtained through various instruments, such as the pre-consultation and initial consultation cards, the Scale of Ethanol-Dependence and a version of the Index of the Severity of Addiction drawn up by the Center of Assistance for Alcoholics and their Relatives.

The procedure was carried out in three stages: the baseline, the application of Solution-Focused Therapy and a follow-up beginning twelve months after the last therapy session. The field operation began in April 2002 and ended in August 2004, with the last phase being carried out on both the subjects that had completed their treatment and on those that had interrupted it and requested assistance again at any of the services offered by the CAAF.

Results

Seventy-eight per cent of the sample were married; 38% had completed elementary school; the average age was 35.5, and most had a low socio-economic level. A total of 39% were heavy drinkers; 43% displayed a substantial level of dependence, and 70% had a record of treatment. The highest need for treatment was recorded in family problems associated with alcohol consumption, totaling 48%. Sixty-three per cent of the sample attended one to three sessions, while the remainder attended over three. A follow-up study of 83% of the sample showed that most sought assistance at two of the Center's treatment services, while 55% of the dependents received treatment at the CAAF alone.

Thirty per cent cut short their treatment because they did not want to stop drinking or did not need help or were annexed; 28% stopped for work or financial reasons, while only 2% reported that the treatment failed to cover their expectations.

¹ Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

² Instituto Politécnico Nacional.

³ Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia: MC Martha Cordero. Altos del Mercado A. Rodríguez. República de Venezuela esq. Rodríguez Puebla. Centro, Cuauhtémoc, 06020, México, D.F. e-mail: marthiux1403@hotmail.com

Recibido: 6 de febrero de 2008. Aceptado: 5 de febrero de 2009.

Fifty-six per cent of the sample did not relapse, and successfully modified the problems associated with alcohol consumption; 32% relapsed and failed to modify their alcohol-related problems, while the remainder relapsed yet managed to modify the problems associated with alcohol consumption (12%) with a value of $\chi^2 = 29.94$ and p equivalent to 0.00.

The heterogeneity tests did not display statistically significant differences between the subjects that relapsed and continued with their alcohol-related problems (44%) and those that did not relapse and modified their alcohol-related problems (56%) by either alcohol consumption characteristics or the factors mediated by the results of the intervention.

The study showed that the first four months after the last therapy session are those during which subjects experience the highest risk of relapsing and continuing with problems associated with alcohol consumption.

Just 47% of the patients that cited modifying their drinking levels as the reason for seeking treatment proved not to have relapsed and to have successfully modified the problems associated with their drinking at the 12-month follow-up as opposed to 83% of those that sought to modify the problems associated with their drinking, with a statistical significance of less than 0.01 in the log-rank test.

The intervention was observed to achieve better results among alcohol-dependent persons that sought to modify problems associated with alcohol consumption, had a lower socio-economic level, a record of treatment for their alcohol consumption, high levels of dependence, a medium-high need for treatment in psychological, work problems, and did not receive any form of treatment outside the CAAF.

The article discusses the role of the demand for treatment as a predictor not only of the search for services, as supported by international literature, but also of the results of the intervention. It confirms the importance of conceiving alcoholism as a symptom resulting from relational systems the drinker maintains with his/her surroundings, rather than as a problem that can be solved by ensuring that the drinker remains sober.

The article suggests including a control group with another type of therapeutic intervention in order to compare the results of the Solution-Focused Therapy and have more elements for making evidence-based decisions.

Key words: Outcome, Solution-Focused Therapy, alcoholism, survival analysis, alcohol dependence treatment.

RESUMEN

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

La Terapia Centrada en Soluciones (TCS) constituye una alternativa a las que tradicionalmente se utilizan para tratar el consumo de alcohol. Sus resultados se han documentado en

diferentes países de América y de la Comunidad Europea, pero no en población hispana.

Objetivo

Evaluar los resultados de la Terapia Centrada en Soluciones en dependientes al etanol y determinar las diferencias entre quienes buscaban modificar los problemas asociados al consumo de alcohol y los que pretendían cambiar su manera de beber.

Método

Se trabajó con un diseño longitudinal de tipo O_1-X-O_2 , comparativo, con un seguimiento a doce meses. La muestra se integró con 60 consumidores de alcohol de 18 a 50 años de edad que acudieron al Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Todos fueron seleccionados de manera intencional, consumieron alcohol en el último año, cubrieron los criterios de dependencia al alcohol según el DSM-IV y brindaron por escrito su consentimiento informado.

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.

En la presente investigación, los resultados de la intervención se definieron a partir del tiempo transcurrido desde que un dependiente asistía a la última sesión de terapia hasta que presentaba una recaída y continuaba con los problemas asociados al consumo de alcohol.

La historia de consumo de alcohol de los sujetos se caracterizó por medio del patrón de consumo, nivel de dependencia, número de criterios del DSM-IV, antecedentes de tratamiento, problemas de consumo de alcohol en la familia de origen en dos generaciones previas y problemas asociados al consumo de alcohol.

El número de sesiones, servicios y tratamientos adicionales se consideró como mediador de los resultados de la intervención.

Resultados

Del total de la muestra, 78% era casado; 38% tenía instrucción básica; la edad promedio fue de 35.5 años; la mayoría pertenecía a un nivel socioeconómico bajo; 39% era consumidor de alto nivel; 43% se ubicó en un nivel de dependencia sustancial y 70% contaba con antecedentes de tratamiento. La necesidad de tratamiento más alta se registró en los problemas familiares asociados al consumo de alcohol con 48%. Del total de la muestra, 63% asistió de una a dos sesiones y los restantes asistieron a más de dos, con un seguimiento de 83% de la muestra.

En el análisis de sobrevida, los primeros cuatro meses después de tratamiento se identificaron 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. Éstos se ubicaron en los niveles socioeconómicos más bajos y presentaron un nivel de deterioro importante por el consumo de alcohol.

Palabras clave: Resultados, Terapia Centrada en Soluciones, alcoholismo, análisis de sobrevida, tratamiento de la dependencia al alcohol.

En México, la dinámica y magnitud del consumo de bebidas embriagantes se conoce desde el último tercio del siglo XX por la metodología de encuestas en hogares, las cuales perfilaron el uso de alcohol como una de las principales tareas de la salud pública a escala nacional, debi-

do al deterioro en las diferentes áreas de funcionamiento del individuo.

El dato más reciente con respecto a la magnitud del consumo de alcohol en nuestro país se reportó en la última Encuesta Nacional de Adicciones¹ (ENA), en la cual se do-

cuenta la existencia de 11 035 262 bebedores altos (15.8%), 3 226 490 consumidores consuetudinarios (4.6%), 2 841 303 personas con dependencia al alcohol (4.1%) y 2 343 719 (3.4%) usuarios que reportaron comenzar una discusión con su pareja cuando habían bebido.

El INEGI² reportó que las enfermedades asociadas directa o indirectamente al consumo de bebidas embriagantes figuran entre las diez principales causas 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 los accidentes y las agresiones u homicidios figuraron como las cuarta y décima causas, respectivamente.

México ocupa uno de los primeros lugares en Latinoamérica en cuanto al índice de mortalidad por cirrosis hepática, con una tasa de 30.7 muertes por 100 000 habitantes.^{3,4} Los presupuestos de los sistemas de salud se ven mermados por la atención a la cirrosis hepática y otras enfermedades asociadas al consumo excesivo de alcohol.⁵⁻⁷

Ante tal panorama, los sistemas de salud están obligados a generar respuestas que mejoren la calidad de vida de los consumidores y reduzcan los costos derivados de la atención a enfermedades relacionadas con este problema de salud pública.⁸

Actualmente existe un gran vacío respecto a si las estrategias de intervención dirigidas a modificar el curso del alcoholismo son un factor causal en el cambio del consumo de alcohol y si este cambio se produce después del tratamiento. Saber lo anterior sólo es posible mediante una evaluación de los resultados de las intervenciones en los servicios de salud.⁹

La Terapia Centrada en Soluciones (TCS) se gesta desde la óptica de la epistemología sistémica y constituye una alternativa diferente a las que tradicionalmente se utilizan para tratar el consumo de alcohol. Esto se debe en primer lugar al compromiso del terapeuta para buscar soluciones eficaces para cada individuo y, en segundo, a que se considera el alcoholismo como producto de los sistemas relacionales que mantiene el alcohólico con su entorno;¹⁰⁻¹² ello imprime un matiz para el desarrollo, manifestación y curso del alcoholismo.

Aun cuando la TCS constituye una alternativa para tratar el consumo de alcohol, la mayoría de las investigaciones nacionales e internacionales se han efectuado según un modelo de aprendizaje social, el cual considera el alcoholismo como un problema y su solución es permanecer sin consumo de alcohol.¹³⁻¹⁷

Aunque se han documentado en diferentes países de América y de la Comunidad Europea, los resultados de la TCS son insuficientes para considerarse como un tratamiento óptimo en población mexicana.^{11,12,18-21}

Los objetivos de la presente investigación fueron: 1. Evaluar los resultados de la Terapia Centrada en Soluciones en dependientes al alcohol a lo largo de doce meses, 2.

Determinar las diferencias en los resultados entre quienes solicitan atención para modificar sus niveles de consumo y los que buscan cambiar los problemas asociados al consumo de alcohol.

MÉTODO

La presente investigación fue un estudio cuasi experimental, comparativo y longitudinal de tipo O₁-X-O₂.

Sujetos

La muestra se integró con 60 consumidores de alcohol de 18 a 50 años, seleccionados de manera intencional, quienes acudieron por primera vez a solicitar atención al Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, de abril del 2002 a abril del 2003.

La mayoría de los sujetos tenía instrucción media a superior (75%); estaban casados (63%); se ubicaron en los dos niveles socioeconómicos más bajos (74%) y tenían en promedio 35.5 años (± 7.6). Del total de la muestra, 39% consumía más de 20 copas, en periodos de uno a siete días. En promedio cubrieron seis criterios de dependencia al etanol según el DSM-IV. El 43% se ubicó en un nivel de dependencia sustancial, 70% tenía tratamientos previos para su problema con el alcohol y 47% presentó antecedentes familiares de alcoholismo.

La necesidad de tratamiento más alta se registró en los problemas familiares asociados al consumo de alcohol, con 48%, seguidos por los familiares y laborales, con 37%.

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.

Variables

Resultado de la Terapia Centrada en Soluciones. La OMS define la evaluación de resultados de una intervención como la recolección objetiva de datos acerca de cómo cambiaron el dependiente al etanol y sus circunstancias después del tratamiento, y si éste fue un factor causal para ello.⁹

Desde la óptica de esta investigación, la variable resultado se construyó a partir del tiempo transcurrido desde que un dependiente asistía a la última sesión de terapia hasta que presentaba una recaída y continuaba con los problemas asociados al consumo de alcohol.

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

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.

Instrumentos

La información se recolectó con los siguientes instrumentos:

1. *Preconsulta 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; de estos instrumentos sólo se extrajeron los datos sociodemográficos, historia de consumo de alcohol, frecuencia y cantidad de consumo, tipo de bebida, historia de tratamientos previos y antecedentes familiares de consumo de alcohol.

2. *Escala de Dependencia al Etanol (EDA)*. La Escala de Dependencia al Alcohol²² cuantifica las diferencias individuales en el grado de deterioro físico, psicológico y social ocasionado por el consumo de alcohol; diferencia cuatro niveles de dependencia: bajo, moderado, sustancial y grave; se le considera como un instrumento con propiedades psicométricas adecuadas para emplearse como tamizaje en bebedores problema.²³

En México se adaptó y utilizó en algunas investigaciones con consumidores de alcohol.^{14,16} Por ejemplo, Solís et al.²⁴ encontraron que la EDA es un instrumento sensible en la diferenciación de los niveles de dependencia a partir de un punto de corte de 8, con valores de sensibilidad y especificidad de 96 y 98; una exactitud de 94% de diagnósticos acertados entre todos los efectuados y una consistencia interna global de 0.96 en el coeficiente de confiabilidad de Cronbach.

3. *Índice de Severidad de la Adicción*. El Índice de Severidad de la Adicción (Addiction Severity Index, ASI), de McLellan et al.,²⁵ evalúa la necesidad de tratamiento del adicto en relación con la afectación que sufre el individuo en las esferas médica, psiquiátrica y psicosocial como consecuencia del consumo de sustancias.

Se emplea para corroborar el curso del postratamiento al evaluar el grado de afectación en las áreas de estado médico general, situación laboral o financiera, uso de alcohol, uso de otras sustancias, situación legal, familiar y social, y estado psicológico/psiquiátrico. También se relaciona con la cobertura de las necesidades ya que permite aparejar a los pacientes con los servicios de tratamiento.^{25,26}

El ASI ha demostrado su confiabilidad y validez como instrumento clínico y de investigación. Se diseñó para evaluar los múltiples problemas que se observan en personas dependientes al alcohol o alguna droga y que buscan tratamiento. Se ha evaluado en diferentes paí-

ses y se ha señalado como un instrumento clínico y de investigación con propiedades psicométricas adecuadas para emplearse tanto en países anglo e hispanoparlantes.²⁶⁻³²

En la presente investigación se empleó la versión del CAAF* de 121 reactivos, distribuidos en siete áreas de funcionamiento. Si bien esta versión es un trabajo incipiente y se encuentra en proceso de validación, se decidió emplearla debido a evidencias previas en población hispana.

Procedimiento

El procedimiento se llevó a cabo en tres fases. La primera concierne a la línea base, en la cual se identificó a los sujetos candidatos a participar y se caracterizó su historia de consumo de alcohol; tuvo lugar de abril de 2002 a abril de 2003. La segunda fue la aplicación de la Terapia Centrada en Soluciones y se efectuó de mayo de 2002 a agosto de 2003, según el *Manual de Procedimientos* diseñado *ex profeso* para esta investigación. La intervención se resume en las siguientes fases:

1. Descripción del problema. Se busca lograr una descripción conductual del motivo de consulta.
2. Búsqueda de excepciones. Se pretende identificar las ocasiones en que el problema no está presente.
3. Construcción de situaciones hipotéticas. De acuerdo con el problema, se plantea una serie de situaciones donde no está presente el problema.
4. Se identifica la forma de cooperación del paciente para diseñar la intervención; se determina 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 genera una solución efectiva, según las fases previas.
7. Evaluación de la intervención por medio 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 permitieron lograrlos.^{11,12}

La última etapa consistió en un seguimiento a doce meses después de la última sesión de terapia; se realizó de mayo de 2003 a agosto de 2004. Se aplicó nuevamente el ASI, versión CAAF, se interrogó sobre el patrón de consumo, el tiempo de abstinencia, los tratamientos para el alcoholismo recibidos durante o después del proceso terapéutico, satisfacción con la intervención y si se recomendaría el servicio.

* Solís L, Fragoso E, Cordero M. 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, 2001.

Se reprogramó cita tanto a los sujetos que concluyeron su tratamiento como a quienes lo interrumpieron y solicitaron atención, en cualquier servicio del CAAF.

Los resultados se analizaron con el Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS, Release 10.01), y con el Statistics Data Analysis Special Edition (Stata 9.2 for Windows)

RESULTADOS

Durante la primera fase de la investigación se evaluó a 85 sujetos; de éstos, 27% (23) no se presentaron a la primera sesión de psicoterapia. Para los fines de la presente investigación, sólo se consideró a los sujetos que se presentaron al menos a una sesión de terapia hasta cubrirse la cuota establecida. Los sujetos acudieron en promedio a tres sesiones (± 1.6). La mayoría acudió a dos servicios y 55% de los dependientes recibieron atención únicamente en el CAAF.

El seguimiento no se efectuó en 10 pacientes que brindaron datos incorrectos o cambiaron de domicilio; esto representa un desgaste de 17% de la muestra. Por tal motivo, los resultados que se presentan a continuación pertenecen a los sujetos con seguimiento (n=50). De éstos, 30% interrumpieron el tratamiento porque no querían dejar de beber, no necesitaban ayuda o fueron anexados; 28% por motivos laborales y económicos, y únicamente 2% reportaron que el tratamiento no cubrió sus expectativas.

Resultados de la intervención

De los sujetos que acudieron al seguimiento, 28 (56%) no recayeron y modificaron los problemas asociados al consumo de alcohol; 16 (32%) recayeron y no modificaron sus problemas asociados a su consumo, y seis (12%) recayeron y modificaron los problemas asociados a su consumo ($\chi^2 = 29.94$, $p = 0.00$).

En el cuadro 1 se muestra la distribución de la muestra en los pacientes que recayeron y continuaron con los problemas asociados al consumo de alcohol (44%) (grupo 1) y quienes no recayeron y modificaron los problemas asociados al consumo (56%) (grupo 2). Las pruebas correspondientes no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Se encontró que los primeros cuatro meses, después de la última sesión de terapia, son los de mayor riesgo para recaer y continuar con los problemas asociados al consumo de alcohol. Estos resultados se pueden apreciar de manera más fina en la figura 1 correspondiente al estimador Kaplan-Maier, donde la línea central representa la función de sobrevivencia acumulada y las laterales corresponden al intervalo de confianza de 95%.

Las pruebas de *log-rank* indicaron que los resultados de la TCS se mantienen, independientemente de la edad,

Cuadro 1. Resultado de la TCS por características de la muestra*

Variable	Grupo 1 n (22)	Grupo 2 n (28)	Total n (50)
Edad	35.7(8.3)	34.6(7.3)	34.7(8.2)
Estado civil			
Soltero	4(18)	5(18)	9(18)
Casado	15(68)	16(57)	31(62)
Separado/viudo/divorciado	3(14)	7(25)	10(20)
Escolaridad			
Básica	5(23)	7(25)	12(24)
Media	11(50)	11(38)	22(44)
Superior	6(27)	10(37)	16(32)
Nivel socioeconómico			
1	4(18)	8(29)	12(24)
2	11(50)	14(50)	25(50)
3	5(23)	6(21)	11(22)
5	2(9)		2(4)
Nivel de dependencia			
Bajo	4(18)	2(7)	6(12)
Moderado	6(27)	8(29)	14(28)
Sustancial	8(36)	13(46)	21(42)
Severo	3(14)	5(18)	8(16)
Criterios del DSM-IV	6.5(0.75)	6.3(1.3)	6.3(1.2)
Nivel de consumo de alcohol			
Bajo	9(41)	7(25)	16(32)
Medio	8(36)	9(32)	17(34)
Alto	5(23)	12(43)	17(34)
Antecedentes de tratamiento			
No	8(36)	8(29)	16(32)
Sí	14(64)	20(71)	34(68)
Antecedentes familiares de alcoholismo			
No	13(59)	18(64)	31(62)
Sí	9(41)	10(36)	19(38)
Demanda			
Nivel de consumo	15(68)	9(32)	24(48)
Problemas asociados al consumo de alcohol	7(32)	19(68)	26(52)
Problemas asociados al consumo de alcohol (ASI)			
Familiares			
Baja	5(23)	10(36)	15(30)
Media	7(32)	3(11)	10(20)
Alta	10(45)	15(53)	25(50)
Psicológicos			
Baja	12(54)	9(32)	21(42)
Media	3(14)	8(29)	11(22)
Alta	7(32)	11(39)	18(36)
Médicos			
Baja	16(72)	20(71)	36(72)
Media	3(14)	6(21)	9(18)
Alta	3(14)	2(8)	5(10)
Laborales			
Baja	10(45)	9(32)	19(38)
Media	3(14)	10(36)	13(26)
Alta	9(41)	9(32)	18(36)
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			
Sí	13(59)	20(71)	33(66)
No	9(41)	8(29)	17(34)
Total	22(44)	28(56)	50(100)

Grupo 1=Pacientes que recayeron y continuaron con los problemas asociados al consumo de alcohol; Grupo 2=Pacientes que no recayeron y modificaron los problemas asociados al consumo.

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

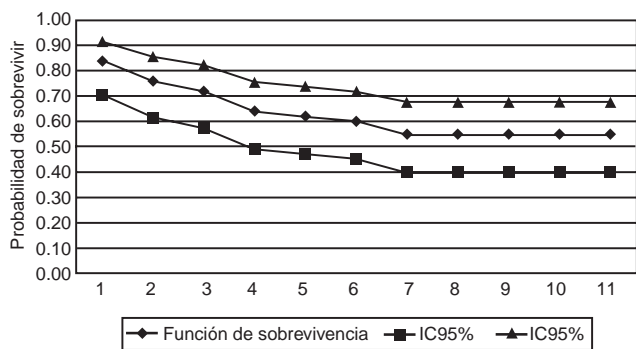


Figura 1. Sobrevida de los dependientes al alcohol.

escolaridad y estado civil, a diferencia del nivel socioeconómico, en el cual se observó que la probabilidad de permanecer libre de una recaída y modificar los problemas asociados al consumo de alcohol se reduce conforme se incrementa el nivel socioeconómico ($p < 0.05$).

A diferencia de los modificadores relacionados con las características del consumo de alcohol y las variables del tratamiento, se encontró que la demanda de atención ejerce un papel determinante en los resultados de la intervención. Es decir, no recayeron y modificaron los problemas asociados a su consumo de alcohol a doce meses de seguimiento, únicamente 47% de los pacientes que presentaron como demanda de atención modificar su nivel de consumo, a diferencia de 83% de los que pretendían modificar los problemas asociados a su consumo de alcohol ($p < 0.01$). Estos datos se aprecian en la figura 2.

Al controlarse el efecto de la demanda de atención en los resultados de la TCS por demanda de atención, se encontró que los sujetos con mayor probabilidad de permanecer libres de una recaída y modificar los problemas asociados a su consumo de alcohol fueron aquellos que pretendían modificar los problemas asociados a su consumo. Éstos se ubicaron entre los 30 y 39 años de edad; pertenecían a los dos estratos socioeconómicos más bajos; puntuaron de 3 a 5 criterios del DSM-IV; presentaron un nivel de consumo alto y nivel de dependencia grave; con-

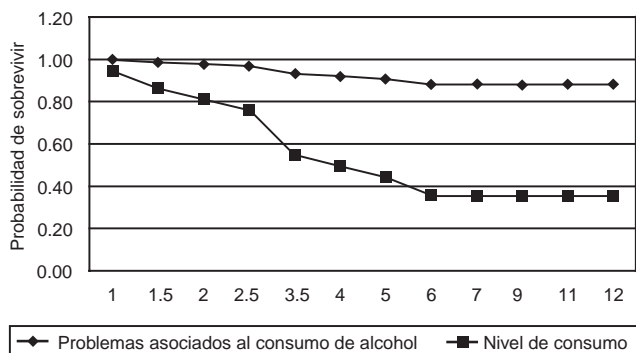


Figura 2. Sobrevida de los dependientes al alcohol por demanda de atención.

Cuadro 2. Sobrevida estimada a doce meses (%) de los dependientes al etanol por demanda de atención y variables socio-demográficas

Variables	Nivel de consumo de alcohol	Problemas asociados al consumo de alcohol	General
Edad**			
18-29	25	86	64
30-39	67	100	83
40-49	33	57	46
Nivel socioeconómico**			
1	67	86	80*
2	60	86	70
3	25(6m/1)	83	60
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
Sí	38	83	71
Antecedentes familiares de alcoholismo*			
No	67	83	75
Sí	14(6m/1)	82	55
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
Número de servicios*			
Uno	62	83	75
Más de uno	34	82	60
Tratamientos adicionales**			
Sí	33	75	57
No	54	87	71

*Prueba de log-rank $p < 0.01$

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

/1 Sobrevida estimada a menos de doce meses

taban con antecedentes de tratamiento; carecían de antecedentes familiares de consumo de alcohol; su necesidad de tratamiento era baja en problemas psicológicos y media en el área laboral y médica; asistieron únicamente al

servicio de Psicología en el CAAF, y no acudieron a otro servicio de atención (cuadro 2).

DISCUSIÓN

Aunque en México es ya una tradición la investigación relacionada con el consumo excesivo de alcohol, 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 sean aún escasas en todos los niveles de atención. Si bien actualmente se cuenta con ensayos clínicos que documentan de manera sólida la efectividad de las terapias breves en consumidores de alcohol,³³⁻³⁵ éstas siguen poniéndose en tela de juicio debido a la interrogante: ¿para quién es adecuada una modalidad de tratamiento breve?

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

Las características de edad, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico de la muestra fueron homogéneas en los usuarios del CAAF, quienes en su mayoría oscilan entre los 20 y 40 años. De ellos, 93% se ubican en los niveles socioeconómicos más bajos y el promedio de escolaridad es de secundaria.^{8,36,37}

Los análisis mostraron que los resultados de la TCS se mantienen independientemente de variables como la edad, el estado civil y la escolaridad.

El mejor pronóstico para este modelo de intervención se encontró en los sujetos de niveles socioeconómicos más bajos. Estos resultados se deben interpretar con cautela debido a la compleja relación entre indicadores como ingresos y egresos familiares, tipo de vivienda, ocupación, lugar de residencia y número de enfermos en el núcleo familiar. Por lo tanto, ubicar la diferencia entre uno y otro estrato socioeconómicos depende de tal interacción, lo cual se puede traducir en un leve incremento en la capacidad de gasto en salud, pero esto no es motivo suficiente para pertenecer a un estrato socioeconómico más alto. Baste mencionar que, según los indicadores de satisfacción de necesidades básicas, 70% de la población es pobre.³⁸

Estudios recientes sobre la demanda de atención señalan que los problemas sociales son los principales detonantes para la búsqueda de servicios. Es decir, quienes acuden a los servicios de atención por problemas relacionados con el alcohol son aquellos que han experimentado

de alguna manera consecuencias graves por su consumo; por lo tanto, se espera que este grupo de sujetos tenga mejor pronóstico.^{36,39,40}

Lo anterior se confirmó en este modelo de intervención, en el cual los sujetos con dependencia al etanol que buscan modificar los problemas psicológicos, familiares, sociales y/o médicos asociados a su consumo tienen mayor probabilidad de mantenerse libres de recaídas y modificar los problemas asociados a su consumo que quienes se centran en corregir su forma de beber.

Así, la TCS se consolida en esta población como una alternativa de intervención al demostrar mejores resultados en consumidores que se ubican en los primeros tres niveles socioeconómicos, se caracterizan por tener una gravedad de consumo de alcohol alta y únicamente son tratados bajo este modelo psicoterapéutico.

Los resultados de esta investigación nos llevan a reflexionar sobre la importancia de construir soluciones adecuadas a la problemática ocasionada por el consumo de alcohol. Por lo tanto, se recomienda considerar este tipo de intervenciones en la planificación de los servicios y programas de tratamiento dirigidos a personas alcohólicas.

A fin de generar un panorama más amplio de los resultados de la intervención y llevarlos al terreno de la toma de decisiones, se sugiere incluir un grupo control, llevar a cabo seguimientos más amplios, evaluar la intensidad de las recaídas, aumentar el tamaño de la muestra e incluir indicadores económicos para determinar la ganancia en salud con este tipo de intervenciones.

AGRADECIMIENTOS

Los autores del artículo agradecen el apoyo proporcionado por el CONACyT para su realización como parte de los estudios del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Al psicólogo Juan Manuel Castro Cruz por su apoyo como terapeuta; a la doctora Lidia Beltrán Ruiz por su supervisión clínica. A los doctores María Elena Medina-Mora y Mario Torruco por su apoyo para la realización del mismo. Al equipo clínico del CAAF y a los pacientes que aceptaron participar en la investigación.

REFERENCIAS

1. SSA, INEGI, INPRF, DGE. Encuesta nacional de adicciones, alcohol. México: 1988, 1990, 1994, 1997 y 2002.
2. INEGI, SSA/DGEI. Estadísticas vitales: mortalidad en Estados Unidos Mexicanos. México: 2003.
3. Edwards G, Anderson O, Babor TF, Casswell S, Giesbrecht N et al. Alcohol policy and the public good. New York: Oxford University Press; 1994.
4. OMS, OPS. Guía internacional para vigilar el consumo de alcohol y sus consecuencias sanitarias. 2000.
5. López J, Rosovsky H. 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* 1998;21(3):32-38.

6. Rosovsky H, Casanova L, Gutiérrez R, González L. Los accidentes y la violencia en México: El consumo de alcohol como factor de riesgo. *Anales. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría*; 1994; pp. 61-64.
7. Rosovsky H. El peso del consumo excesivo de alcohol en la atención a la salud. *Higiene* 1997;5(1,2):31-35.
8. Solís L, Cordero M. El uso de servicios y las recaídas de los pacientes alcohólicos en tratamiento. Resultados de un seguimiento telefónico. *Salud Mental* 1999;22(2):1-6.
9. WHO. International guidelines for evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders. 2000.
10. Bateson G. Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Carlos Lohé; 1956.
11. Berg I, Miller S. Trabajando con el problema del alcohol. Orientación y sugerencias para la terapia breve familiar. España: Ed. Gedisa; 1996.
12. De Shazer S, Berg I, Lipchik E, Nunnally E, Molnar A et al. Brief therapy: focused solution development. *Family Process* 1986;25:207-221.
13. Ayala H, Gutiérrez ML. Una revisión de programas de tratamiento para el consumo excesivo del alcohol. *Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría* 1993;33(1):49-54.
14. Ayala HV, Echeverría L, Sobell M, Sobell L. Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Rev Mex Psic* 1998;2(14):113-127.
15. Ayala H, Cárdenas G, Echeverría L, Gutiérrez M. Los Resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental* 1995;18(4):18-24.
16. Barragán L, González J, Medina-Mora ME, Ayala H. Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población Mexicana: Un estudio piloto. *Salud Mental* 2005;28(1):61-71.
17. Campillo C, Díaz-Martínez R, Romero M, Cerrud J, Villatoro J. La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud o ya les ha ocasionado algún daño. *Salud Mental* 1992;15(2):14-19.
18. Beyebach M, Sánchez M, Rodríguez S, De Miguel J, De Vega M et al. Outcome of solution-focused therapy at a University Family Therapy Center. *J Systemic Therapies* 2000;19(1):116-128.
19. Lafountain RM, Garner NE. Solution-focused counseling groups: The results are in. *J Specialists Group Work* 1996;21(2):128-143.
20. Lambert MJ, Okiishi JC, Finch AE, Jonson LD. Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology Research Practice* 1998;(29):63-70.
21. Zimmerman TS, Prest LA, Wetzel BE. Solution-focused couples therapy groups: an empirical study. *J Family Therapy* 1997; (19):125-144.
22. Skinner H, Horn J, Wanberg K, Foster F. Alcohol dependence scale. Canada: Addiction Research Foundation Press; 1984.
23. Willenbring M, Bielinski J. A Comparison of the alcohol dependence scale and clinical diagnosis of alcohol dependence in male medical outpatients. *Alcohol Clin Exp Res* 1994;18(3):715-719.
24. Solís L, Cordero M, Cordero R, Martínez M. Caracterización del nivel de dependencia al etanol en habitantes de la Ciudad de México. *Salud Mental* 2007;30(6):62-68.
25. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The addiction severity index. *J Nerv Ment Dis* 1980;168(1):26-33.
26. Torres De Galvis Y. Validación y utilización de instrumentos clínico-investigativos en salud mental y farmacodependencia. Colombia: Ed. Fundación Universitaria Luis Amigó; 1993.
27. Appleby L, Dyson V, Altman E, Luchins D. Assessing substance use in multiproblem patients: Reliability and validity of the Addiction Severity Index in Mental Hospital Population. *J Nerv Ment Dis* 1997;3(185):159-165.
28. Carey KB, Cocco KM, Correia CJ. Reliability and validity of the addiction severity index among outpatients with severe mental illness. *Psychological Assessment* 1997;(9):422-428.
29. Daepfen JB, Burnard B, Schnyder C, Bonjour M, Pecoud A et al. Validation of the ASI in French-speaking alcoholic patients. *J Stud Alcohol* 1996;6(57):585-560.
30. Fernández MJJ, González PMP, Sáiz MPA, Gutiérrez CE, Bobes GJ. Calidad de vida y severidad de la adicción en heroínómanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones* 1999;(11)1:43-52.
31. McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F et al. New data from the addiction severity index. Reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis* 1985;173:412-423.
32. Sandi LE, Ávila K. Adaptación y validez del índice de gravedad de la adicción en un grupo de población costarricense. *Bol Sanit Panam* 1989;107(6):561-567.
33. Heather N. Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt. *Addiction* 2002;(97):293-299.
34. Moyer A, Finney J, Swearingen C, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2002;97:279-292.
35. Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post treatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 1997;58:7-29.
36. Mariño MC, Medina-Mora ME, Escotto VI, De La Fuente JR. Utilización de servicios en una muestra de alcohólicos mexicanos. *Salud Mental* 1997;22(5):28-33.
37. Mariño MC, Medina-Mora ME, De La Fuente JR. Comparación de dos muestras de pacientes alcohólicos. *Salud Mental* 1999;22(5):28-33.
38. Bolvitnik J, Hernández E. Pobreza y distribución del ingreso en México. México: Ed. Siglo XXI; 1999.
39. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME. El papel del género en la demanda de atención por problemas relacionados al consumo de alcohol. *Revista Panamericana Salud*; 2008(en prensa).
40. Berenzon GS, Medina-Mora ME, Lara CMA. Servicios de salud mental. Veinticinco años de investigación. *Salud Mental* 2003;26(5):61-72.