

Algunas intervenciones psicológicas orientadas a la abstinencia en los dependientes del alcohol

Raquel García González*

Centro de Salud Mental "Retiro" (Comunidad Autónoma de Madrid), Programa de Alcoholismo

Resumen: En este artículo se realiza una breve síntesis de algunas intervenciones psicológicas que se han aplicado a sujetos dependientes del alcohol. Se revisan determinadas técnicas conductuales y cognitivo-conductuales orientadas a la abstinencia de especial relevancia, a saber: técnicas aversivas, entrenamieto en conductas incompatibles y programas de prevención de recaída. Se exponen algunas de las dificultades encontradas en su aplicación y se fomentan aspectos relativos a la efectividad de los tratamientos en esta particular conducta adictiva.

Palabras clave: Dependencia del alcohol, tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales, prevención de recaída, evaluación de tratamientos.

Title: Some psychological interventions orientated toward abstinence in alcohol dependents.

Abstract: In this paper a brief synthesis of some psychological interventions applied to alcohol dependents is carried out. Some behavioural and cognitive techniques such as aversive techniques, training in incompatible behaviours and relapse prevention programmes pointed towards abstinence are revised. Some of the difficulties found in their application and some others aspects related to effectivity of treatments in this addictive behaviour are commented.

Key words: Alcohol dependence, cognitive and behavioural techniques, relapse prevention, outcome evaluation.

Introducción

A lo largo del tiempo se ha utilizado una amplia variedad de intervenciones en las conductas adictivas y en particular en los dependientes del alcohol con objeto de abandonar o reducir el consumo de alcohol, intervenciones que han ido variando desde el no tratamiento a la medicalización exclusiva del trastorno, para finalmente pasar a concebir el problema desde un abordaje interdisciplinario, con la integración de diferentes profesionales de salud. La variedad de alternativas de tratamiento es amplia dentro de cada modelo teórico; ya Herink (1980) señalaba que existían al menos unas 250 terapias psicológicas diferentes, aunque en realidad muchas de nuestras prácticas de tratamiento diario se basan más en tradiciones históricas y en creencias populares que en investigaciones empíricas propiamente dichas. De forma general y teniendo en cuenta algunos de los

abordajes psicológicos orientados a la abstinencia, pretendemos ofrecer una breve visión de algunos de los procedimientos utilizados en los sujetos dependientes del alcohol, que al menos han sido objeto de estudio con evaluaciones controladas acerca de su efectividad. En los últimos años ha habido una rápida expansión de las intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales incrementándose el número de técnicas aplicadas a los dependientes del alcohol, de las cuales sintetizaremos algunas de las más utilizadas y en este sentido cabe señalar las terapias aversivas, el entrenamiento en conductas incompatibles y los programas de prevención de recaída desarrollados más recientemente.

Técnicas aversivas

Las técnicas aversivas, surgidas en los años cincuenta y ligadas a un paradigma de condicionamiento clásico aversivo, postulaban que la vista, el olor y el gusto del alcohol adquirirían pro-

* **Dirección para correspondencia:** Raquel García González. Centro de Salud Mental Retiro. C./ Francisco Silvela, 40. 28028 Madrid (España).

© Copyright 1993. Secr. de Public. e Interc. Cient. Universidad de Murcia. Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Art. recibido: 8-9-92; aceptado: 10-11-92.

riedades aversivas condicionadas si repetidamente se apareaban con un estímulo nocivo. Se diseñaron para reducir o eliminar el deseo del sujeto a consumir alcohol, y desde este punto de vista se centraban más en la conducta de cese de bebida que en el mantenimiento de la abstinencia, aunque a veces ello se generalizase y la abstinencia se produjese a largo plazo. Entre estas técnicas y en función del estímulo utilizado cabe señalar las **terapias aversivas químicas** (emetina, apomorfina, anectina), las **terapias aversivas eléctricas** (shock eléctrico) y las **terapias aversivas encubiertas** (imágenes desagradables).

Una de las formas más típicas entre las terapias **aversivas químicas**, consistía en la utilización de determinadas sustancias (emetina, apomorfina inyectable) mientras el sujeto estaba en una situación de bar experimental, provocando en él una reacción aversiva de náusea, vómito, sudor, confusión, etc., siendo esperable que esta reacción se asociase con la bebida y así se extinguiese su deseo de beber.

Los intentos de evaluación de estas terapias por parte de Lemere y Voegtlin (1950) señalan tasas de abstinencia diversas en los distintos períodos de seguimiento de entre 1 a 10 años. En una muestra amplia de 4.000 sujetos evaluados en períodos cortos, el 51 % de los sujetos se encontraba abstinentes a los 2 años, mientras que al año, la abstinencia se elevaba al 60 %. Aunque las tasas de abstinencia son realmente altas, el estudio adolece de determinadas deficiencias metodológicas ya que no se establecen grupos de comparación y posteriormente, analizando estos estudios, algunos autores (Nathan, 1982, 1985) han encontrado que las tasas de éxito en los programas de aversión química podrían atribuirse más a las "expectativas de cambio" o a las "características de los sujetos" que entraban en los programas que al propio programa en sí mismo. Muchos de estos sujetos tenían ya un buen pronóstico, estaban muy motivados para entrar en el programa, tenían un buen nivel cultural, eran estables, obtenían altos recursos económicos y se les proporcionaba amplia información sobre la supuesta eficacia de la terapia aversiva. Además, estos programas incluían normalmente otras formas de tratamiento no aversivo, con lo que no es posible atribuir la eficacia únicamente a la terapia química, ya que ésta no podía ser aisladamente evaluada (Nathan, 1985; Wilson, 1987) y, como señalábamos anteriormente, no comparaba la eficacia del tratamiento con otros grupos control u otras tipos de

tratamiento. Otras modalidades de aversión, como la **aversión química** con anectina, que provoca una parálisis muscular y respiratoria unida a una incapacidad para hablar o para realizar cualquier movimiento, fue utilizada en los años sesenta con resultados diversos (Sanderson, Campbell y Lavery, 1963; Clancy, Vanderhoof y Campbell 1967; Lavery, 1966) abandonándose paulatinamente debido a los problemas surgidos en su aplicación. Otra modalidad de aversión, la **aversión eléctrica condicionada**, aplicada ya por primera vez a sujetos alcohólicos por Kantorovich (1929), en el que un shock eléctrico desagradable era administrado al antebrazo, dedos o pierna contingente a la conducta de beber alcohol. Este shock podía igualmente ser autoaplicado con un aparato portátil cuando los sujetos manifestaban una urgencia o deseo de consumir alcohol (Wolpe 1965), también ha sido aplicada a los dependientes del alcohol con resultados múltiples (Hsu, 1965; Blake, 1965, 1967; Miller y Hersen, 1972) y aunque algunos estudios controlados (Vogler *et al.* 1970) sugerían la utilización especialmente del auto-castigo como método eficaz para controlar el consumo excesivo de alcohol, parece que tanto la terapia aversiva eléctrica como la química se han mostrado ineficaces (Narlatt, 1973, Wilson 1987) y los efectos benéficos iniciales no parecen ser duraderos (Lavery, 1966; Farrar, Powell y Martin, 1968) ni, por supuesto, han mostrado una superioridad en términos de eficacia que los otros procedimientos no aversivos.

De igual modo, la **sensibilización encubierta** desarrollada por Cautela (1967) como forma de condicionamiento aversivo imaginario también ha sido aplicada en los programas de tratamiento del alcoholismo (Cautela, 1970), implicando el uso de la sugestión verbal y asociando la bebida imaginaria a experiencias desagradables, como la náusea y el vómito. Se relajaba a los sujetos y se les conducía mediante la descripción de escenas imaginadas al consumo de alcohol. Mucha de su popularidad se ha debido a los resultados exitosos del estudio de casos (Annant 1968, Smith y Gregory 1976, Tepper y Levine, 1977). Aunque con algunas excepciones (Elkins, 1975), ha sido poco utilizada en los programas de tratamiento de las conductas adictivas. Aunque en algunos casos la combinación de aversión verbal y química (Blanchard, Libet y Yung 1973; Bandura 1969) parecía ser más efectiva, no se ha podido establecer su superioridad por sí sola y los intentos de evalua-

ción que se han hecho (Annan, 1967; Ashem y Donner, 1968; Barrett y Sachs, 1974; Helberg y Campbell 1974; Piorkowski y Mann, 1975; Wilson y Tracey, 1976; Wilson, 1978), además de adolecer de algunas deficiencias metodológicas - no incluyen grupo de control, los períodos de seguimiento son muy cortos, alrededor de seis meses - señalan que los resultados obtenidos con la sensibilización encubierta son decepcionantes a largo plazo, y no han probado evidencia suficiente acerca de la efectividad de la misma (Martos y Vila, 1982; Carey y Maisto, 1985) indicando la posible implicación de factores cognitivos y motivacionales como responsables del posible éxito de la intervención y no controlados en la misma. Se comprobó que el condicionamiento aversivo no añadía nada nuevo por sí sólo y era incluso menos eficaz que otras técnicas conductuales más personalizadas (Caddy y Lovibond, 1976; Elkins, 1975; Cannon, Baker y Wehl, 1981) por lo que parece que ninguno de los procedimientos de terapia aversiva ha probado ser, por sí mismo, un tratamiento definitivo para el alcoholismo. Por todo ello, junto a las dificultades de valoración, las dificultades metodológicas que estas técnicas presentan, las críticas surgidas y los problemas planteados, hizo que las terapias aversivas fueran paulatinamente abandonadas de las intervenciones clínicas. Una revisión de algunos programas experimentales que han recurrido al uso de algunas de estas técnicas puede encontrarse en Calvo 1983; Sacristan *et al.* (1983), Carey y Maisto (1985), Echeburua, (1985).

Entrenamiento en conductas incompatibles

Muchos programas de tratamiento en los dependientes del alcohol han tratado de reforzar respuestas incompatibles al consumo de alcohol ya que se presuponía que determinados sujetos con esta dependencia eran deficitarios en determinadas habilidades o bien no eran capaces de ponerlas en práctica debido a algunos mecanismos inhibitorios de su ansiedad ante situaciones conflictivas, por lo que algunos programas se centran en entrenar a los sujetos en conductas específicas con las que pudieran hacer frente de forma adaptativa a las situaciones de bebida, bien mediante técnicas de manejo de ansiedad, o mediante el incremento de conductas sociales y aser-

tivas, o reforzando determinadas conductas adaptativas mediante sistemas operantes de economía de fichas (Hunt y Azrin, 1973), etc. Entre los componentes de la mayoría de estos programas de tratamiento, probablemente uno de los que más atención ha recibido ha sido el **entrenamiento en habilidades sociales** que incluiría entrenamiento en habilidades de comunicación, en asertividad, y frecuentemente en resistencia a la presión social y manejo de rondas de bebida (Chaney *et al.*, 1978; Marlatt, 1978; Sobell y Sobell, 1978; Miller y Hester, 1980; Miller y Taylor, 1980; Miller y Baca, 1983) o a responder de manera más asertiva en situaciones que implicaban interacciones con sus esposas (Eisler, Miller y Hersen, 1974). Los intentos de evaluación que se han hecho sobre estos programas arrojan resultados diversos y no concluyentes. Algunos trabajos controlados (Chaney *et al.*, 1978) han señalado que los sujetos entrenados en habilidades mostraban una disminución significativa de los episodios de recaída en seguimientos de un año, comparados con un grupo de control (grupo de tratamiento tradicional) y con un grupo de discusión (focalizado en los sentimientos de ansiedad), aunque no encontraron diferencias en cuanto a la abstinencia absoluta o en la proporción de sujetos que no recayeron en absoluto. Otros estudios (Oei y Jackson 1980; Eriksen, Bjornstad, Gotesman, 1986) señalan que los sujetos no sólo mejoraban en las habilidades sociales, sino también con la aplicación de estos programas se ejercía una influencia en la reducción del consumo de alcohol.

Por otra parte, algunos otros trabajos (Sánchez, Craig y Walker, 1982) no han encontrado diferencias significativas entre un grupo entrenado en habilidades sociales y otros grupos de tratamiento control y sensibilización encubierta. En el seguimiento posterior, los sujetos podían recordar las habilidades entrenadas que se les enseñaron, lo que conlleva la necesidad de considerar las diferencias individuales relativas a los tratamientos, incluyendo las diferentes capacidades cognitivas de los sujetos y sus posibles déficits cognitivos. En la misma línea irían los trabajos de Jones *et al.* (1982) en los que los sujetos fueron asignados al azar a tres tratamientos diferentes (entrenamiento en habilidades sociales, grupo de discusión y grupo de control) cuyos resultados no diferían unos de otros. En general, hemos de señalar que estos entrenamientos se han utilizado mayoritariamente dentro de amplios programas multimodales, abarcando un gran número de téc-

nicas y aunque las evaluaciones realizadas parecen apuntar a los programas de amplio espectro como los que más contribuyen al éxito terapéutico (Rodríguez, Párraga y León, 1983), sería conveniente que al menos estos programas se adecuaran a las necesidades de cada sujeto en particular según su propio análisis funcional determinando si estos entrenamientos aprendidos a lo largo de la intervención son en realidad los que estarían afectando de alguna forma los resultados.

Programas de prevención de recaída.

Recientemente, en el ámbito de las adicciones las terapias cognitivo-conductuales se han centrado más en **la prevención de la recaída**, basadas en los trabajos de Litman (1980, 1986), Litman *et al.* (1977, 1983), Marlatt y Gordon (1985, 1989, recibiendo una gran atención por parte de investigadores y clínicos.

Uno de los elementos importantes de estos programas consistiría, en primer lugar, en discriminar las "situaciones de alto riesgo" analizando los acontecimientos de la vida real en las que el sujeto responde bebiendo. En segundo lugar, para hacer frente a estas situaciones de alto riesgo, el "entrenamiento o la puesta en práctica de determinadas habilidades" para afrontar situaciones que representan un alto riesgo de bebida es obvio, por lo que se han incorporado al entrenamiento no sólo estrategias conductuales (búsqueda de apoyo social, estrategias de evitación o no evitación) sino otras estrategias cognitivas (pensamientos positivos, pensamientos negativos acerca de las consecuencias del exceso de bebida, resolución de problemas) basadas en la reestructuración cognitiva de los patrones de pensamiento de los sujetos (Ellis, 1964, 1975; Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yeager, 1988) con la finalidad de desarrollar un fuerte sentimiento de seguridad personal o auto-eficacia con el que poder afrontar las situaciones de bebida. En tercer lugar, parece que las "expectativas" sobre los efectos que el alcohol ejercería en la situación estarían implicadas igualmente, por lo que el modelo de prevención de recaída apoyado en la teoría de auto-eficacia de Bandura (1977, 1986) propone que cuando un sujeto entra en una situación de alto riesgo de bebida, un proceso de valoración cognitiva de las pasadas experiencias se pone en marcha y culmina en un juicio o en una expectativa de eficacia

por parte del sujeto sobre su habilidad para afrontar la situación.

De este modo, los propósitos de la intervención eran aumentar en el sujeto su capacidad de control sobre la situación y así sus atribuciones personales podrían redundar en un aumento de su auto-eficacia percibida o sentimiento de seguridad personal, para de ese modo ir determinando el progreso a lo largo del tratamiento, y corroborar si su nivel de seguridad ante una situación de riesgo va incrementándose o necesita seguir profundizando más en esa línea. Estos programas de prevención de recaída constituyen en realidad un entrenamiento en auto-control con la especificidad de introducir el análisis funcional de las situaciones de riesgo insistiendo en determinados aspectos del mantenimiento de la conducta e incorporar determinadas técnicas cognitivas para detectar pensamientos antecedentes de la situación de consumo y abordar el problema de la recaída y las formas diferentes de afrontarla, algo que otros abordajes omiten totalmente.

Los trabajos de Litman (1986) y Litman *et al.* (1984) demostraron una relación directa entre la percepción de autoeficacia de los alcohólicos en las conductas de afrontamiento y los posteriores resultados. Aquellos sujetos que recaían entre los 6 y 15 meses percibían más situaciones como factores de riesgo y sentían menos control sobre sus estados emocionales negativos, al mismo tiempo que eran más vulnerables a los acontecimientos externos. No creían que sus conductas de afrontamiento eran efectivas y no veían relaciones entre las situaciones que percibían como peligrosas y su propia habilidad para tratar con ellas. Los sujetos que no recaían durante este período percibían los pensamientos positivos y la evitación como conductas de afrontamiento efectivas y percibían menos situaciones peligrosas para continuar su abstinencia. A medida que continuaban en abstinencia tendían a evitar menos y a pensar positivamente más percibiendo sus conductas como más efectivas. En línea con lo anterior, en un trabajo realizado en muestras de población española de alcohólicos dependientes (García y Alonso, 1989) se observó, mediante una prueba auto-informada, la inhabilidad para tratar de forma efectiva con situaciones de alto riesgo que involucraban estados emocionales negativos, encontrándose estos predictores de recaída. De igual modo, se observó una asociación parecida entre el tipo de pensamientos que tienen los sujetos antes de beber, por lo que sería conveniente que los

programas de prevención de recaída tuviesen en cuenta de forma especial estos dos tipos de situaciones desencadenantes de una vuelta a la bebida en parte para un determinado número de sujetos.

A pesar de que el abordaje parece prometedora, los intentos de evaluación que se han realizado han sido escasos y poco concluyentes. Annis, Davis, Graham y Levinson (1987), en una evaluación controlada de 83 sujetos alcohólicos empleados que habían completado un programa de deshabitación de 3 semanas de duración, se asignaron al azar a un grupo de prevención de recaída o a otro de consejo tradicional en un contexto extrahospitalario, se observó a los seis meses de seguimiento, que el 81 por ciento ($n = 68$) de los sujetos contactó con el programa sin encontrar diferencias significativas entre las modalidades de tratamiento respecto a la cantidad de alcohol consumida diariamente en aquellos sujetos con un perfil generalizado (los sujetos bebían en todas las situaciones por igual), mientras que aquellos sujetos que mostraban perfiles diferenciados (algunas áreas constituían un mayor riesgo que otras), mostraron sustancialmente un consumo diario de alcohol más bajo en el grupo de prevención de recaída que los del grupo del consejo tradicional.

Un reciente estudio de evaluación de tratamientos (García 1991, García, en prensa) llevado a cabo en muestras de población española dependiente del alcohol en un contexto extrahospitalario ($n = 36$), con asignación aleatoria a dos modalidades de tratamiento: prevención de recaída y tratamiento médico convencional, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a parámetros de bebida, aunque ambos grupos redujeron considerablemente su consumo diario. La tasa de abstinencia se situaba al año de seguimiento en el 50 por ciento en el grupo de prevención de recaída frente al 38.9 % en el grupo de tratamiento médico convencional. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las tasas de recaída (ésta fue definida como el consumo de más de 75 cc. de alcohol puro/día), aunque estas tasas eran considerablemente más bajas en el grupo de prevención de recaída (26.7 % *versus* 42.9 % en el grupo de tratamiento convencional). Respecto a las estrategias de afrontamiento utilizadas (estrategias cognitivas y conductuales), los sujetos se diferenciaron únicamente en cuanto a las estrategias de evitación utilizadas, ya que los sujetos del grupo entrenado las utilizaron significati-

vamente en menor medida, es decir, no evitaban tanto los lugares de bebida, cafeterías, bares, permaneciendo en estas situaciones sin beber por lo que podemos concluir que al menos en nuestra muestra, los dos grupos se comportan igual de efectivos con bajas tasas de recaída, alta adherencia al tratamiento y bajas tasas de abandono. En la misma línea irían los trabajos de Ito, Donovan y Hall (1988), Kanden *et al.* (1989), Chapman y Huygens (1988), todos ellos igualmente con estudios controlados, con asignación aleatoria a diferentes modalidades de tratamiento, muestran que ninguna de las intervenciones utilizadas es más consistente o efectiva. Se necesita probablemente depurar más los programas de intervención discriminando aquellos componentes que tengan probada evidencia, o utilizar diseños de caso único, ya que somos conscientes que muchas de las ganancias obtenidas por los sujetos se pierden en los diseños de grupos.

Finalmente, otro grupo de técnicas que últimamente se está incluyendo en los programas de prevención de recaída es la **exposición a estímulos con prevención de respuesta** (Cooney, Baker, Pomerleau, 1983; Marlatt, 1988) basada en el paradigma del condicionamiento clásico y aplicadas a una amplia variedad de conductas adictivas. Muchos de los trabajos se basan en la suposición de que la exposición a pistas repetidas en el contexto de la bebida (que a veces es la sustancia misma del alcohol) o a estímulos asociados a la administración de la sustancia (bares, fiestas, locales públicos, etc.) conducirá eventualmente a la extinción de estas respuestas apetitivas incluyendo el deseo y las urgencias de bebida. Tales pistas se supone que representan estímulos próximos que normalmente preceden u ocurren simultáneamente con el actual uso de la droga, aunque también parece necesario el extinguir las respuestas ante acontecimientos lejanos, estados emocionales y ante a pequeñas dosis de bebida (Niaura *et al.*, 1988; Rankin, 1986). El presupuesto básico en que se apoyan estas técnicas es el de que la exposición repetida y no reforzada a las pistas o estímulos antecedentes del consumo, conducirá a la extinción de las urgencias y de las respuestas de ansia. Después de una serie de exposiciones asociadas al alcohol se espera que la ansiedad ante al alcohol se extinga con el consiguiente resultado de que la bebida no vuelva a conllevar la pérdida de control. Sin embargo, todavía no se ha resuelto el mecanismo implicado en la exposición de estímulos y aunque algunos

estudios (Rankin *et al.*, 1983) demostraron un descenso significativo en la ansiedad utilizando una pequeña dosis de alcohol, otros trabajos (Binkoff *et al.*, 1984) han señalado que la exposición de estímulos a las pistas de la droga (presentación de bebidas alcohólicas a bebedores) han tenido un efecto perjudicial en la adquisición de las habilidades de afrontamiento en las situaciones de alto riesgo de recaída. Por otra parte, los teóricos cognitivos han sugerido que dicha exposición podría ser efectiva porque se facilita el incremento de la auto-eficacia (la percepción subjetiva de control) más que por la propia exposición en sí, por lo que este enfoque, aunque parece pertinente, aún no ha sido demostrada su relación con el resultado del tratamiento (NIAAA, 1990).

Discusión

Se han revisado algunas intervenciones psicológicas que frecuentemente, en uno u otro momento, se han aplicado en el ámbito de los dependientes del alcohol. Parece que ningún tratamiento ha resultado ser universalmente válido para todos los sujetos con esta dependencia. Más bien parece que hay una amplia variedad de tratamientos y una gran especificidad de sujetos que responden de distinta forma a los diferentes abordajes. Somos conscientes que nuestras intervenciones psicológicas están mediatizadas por variables relativas al tratamiento (contexto, componentes, duración del mismo ...), o por variables individuales de los propios sujetos (sistema de creencias, expectativas de los efectos del alcohol, severidad de la dependencia, duración del problema, edad de los sujetos ...) o por variables ambientales (contingencias familiares y sociales). El determinar la implicación de ellas, y su relación en términos de eficacia del tratamiento, sigue siendo una tarea ardua y no aclarada todavía en las investigaciones realizadas. En realidad, en las evaluaciones llevadas a cabo en el ámbito de las intervenciones psicológicas aplicadas en la clínica no queda claro qué componentes de la intervención están desempeñando un mayor peso a la hora

de tener en cuenta la efectividad del tratamiento, o contribuyen más al éxito terapéutico, por lo que sería conveniente mayor evidencia empírica con diseños experimentales más depurados y con intervenciones controladas con cada uno de los módulos que incluimos en la intervención.

No obstante, a pesar de las dificultades encontradas y, aun cuando, muchas de las intervenciones conductuales y cognitivo-conductuales no resultan todo lo satisfactorias que desearíamos en el ámbito de los dependientes del alcohol, pensamos que se deberían continuar aplicando en función de algunas de las ventajas que ofrecen, ya que los sujetos participan activamente en el proceso del cambio de hábito, aprenden técnicas de autoobservación, de planificación ambiental y se ejercitan en el manejo de estrategias conductuales y cognitivas, hallándose, al menos, dichas intervenciones sujetas a evaluaciones controladas. Sólo de este modo podremos seguir avanzando y determinando qué tipo de intervención es susceptible a cada sujeto en particular.

Es necesario, por último, solventar algunas de las dificultades encontradas en la aplicación de nuestras intervenciones, ya que cuando hablamos de evaluación de una determinada intervención, los clínicos lo hacemos en términos de eficacia, que en el caso de los dependientes del alcohol se traduciría en medir determinados parámetros relativos o bien al consumo de alcohol (a saber, tasas de abstinencia, tasas de recaída, número de días intoxicado), o a problemas asociados al consumo, o a determinados índices de ajuste familiar, social o laboral, o a determinados índices de adherencia al tratamiento. Sin embargo, pocas evaluaciones hacen referencia a determinar si lo aprendido a lo largo del tratamiento es puesto en práctica por los sujetos y si ello, en el caso de que lo apliquen, sería lo que les proporciona una mayor eficacia en términos de resultados; ello hace que sigamos planteando la necesidad de continuar profundizando en el controvertido tema de "eficacia" de nuestros procedimientos que nos permitan ir avanzando en nuestra práctica clínica, algo que muchos otros enfoques ni tan siquiera contemplan.

Referencias bibliográficas

- Annant, S.S. (1968). Treatment of alcoholics and drug addicts by verbal aversion techniques. *International Journal of Addictions*, 3, 381-388.
- Annis, H.N., Davies, C.S., Graham, N. y Levinson, T. (1987). A controlled trial of relapse prevention procedures based on self efficacy theory. *Manuscrito no publicado*.
- Ashen, B. y Donner, L. (1968). Covert sensitization with alcoholics: A controlled replication. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 7-12.
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behavior Modification*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, *Psychological Review*, 84, 191-295.
- Barret, T.J., Sachs, L.B. (1974). Test of the classical conditioning explanation of covert sensitization. *Psychological Reports*, 34, 1312-1314.
- Binkoff, J.A., Abrams, D.B., Collins, R.L., Liepman, M.R., Monti, P.M., Nirenberg, T.D. y Zwick, W.R. (1984). Exposure to alcohol cues. *Comunicación presentada en The Association for Advancement of Behavior Therapy, Filadelfia*.
- Blake, B.G. (1965). The application of behavior therapy to the treatment of alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 3, 75-85.
- Blake, B. (1967). A follow-up of alcoholics treated by behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 89-94.
- Blanchard, E.B., Libet y Young. (1973). Apneic aversion and covert sensitization in the treatment of a hydrocarbon inhalation addiction: a case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 383-387.
- Caddy, G.R. y Lovibond, S.H. (1976). Self-regulation and discriminated aversive conditioning in the modification of alcoholics drinking behavior. *Behavior Therapy*, 7, 223-230.
- Calvo, R. (1983). Conductas Adictivas: Alcoholismo en J. Mayor y F. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- Cannon, D.S., Baker, T.B., Wehl, C.K. (1981). Emetic and electric shock alcohol aversion therapy: Six and twelvemonth follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 360.
- Carey, X. y Maisto, S. (1985). A review of the use of self control techniques in the treatment of Alcohol Abuse. *Cognitive Therapy and Research*, 9 (3), 235-251.
- Cautela, J.R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports*, 43, 405-415.
- Cautela, J.R. (1970). The treatment of alcoholism by covert sensitization. *Psychotherapy: Theory, Research and Practics*, 7, 86.
- Cooney, N.L., Baker, L. y Pomerlay, O.F. (1983). Cue exposure for relapse prevention in alcohol treatment. En R.J. McMahon y K.D. Craig (Eds.), *Advances in Clinical Therapy* (pp. 174210). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Cuadrado, P., García, R. (1990). Dificultades para la elección de criterios en la evaluación de programas de tratamiento del alcoholismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 10, 34, 355-361.
- Chaney, E.F., O'Leary, M.R. y Marlatt, G.A. (1978). Skill Training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104
- Chapman, P.L.H. y Huygens, I. (1988). An evaluation of treatment Programmes for Alcoholism: an experimental study with 6 and 18 month follow-ups. *British Journal of Addiction*, 83, 67-81.
- Clancy, J., Vanderhoff, E., Campbell, P. (1967). Evaluation of an aversive technique as a treatment of alcoholism: Controlled trial with succinylcholine induced apnea. *Quarterly Journal of Studies of Alcohol*, 28, 476-485.
- Echeburua Odriozola, E. (1985). Terapias aversivas en el tratamiento del alcoholismo: una revisión. *Drogalcohol*, 10 (1), 27-34.
- Eisler, R., Miller, P. y Hersen, N. (1974). Effects of assertive training on marital interaction. *Archives of General Psychiatry*, 30, 634-649.
- Elkins, R.L. (1975). Aversion therapy for alcoholism: Chemical, electrical or verbal imagery. *International Journal of Addictions*, 10, 157-209.
- Ellis, A. (1964). *The theory and practics of rational-emotive psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1975). *The new guide to rational living*. Nueva York: Harper y Row.
- Ellis, A., McInerney, J.F., Diguseppe, R., Yeager, J.R. (1988). *Rational emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. Nueva York: Pergamon Press.
- Eriksen, L., Bjornstad, S., Gotesman, K.G. (1986). Social skills training in groups for alcoholics: One year treatment outcome for groups and individuals. *Addictive Behaviors*, 11, 309-329.
- Farrar, C.H., Powell, B.J., Hartin, L.K. (1968). Punishment of alcohol consumption by apneic paralysis. *Behavior Research and Therapy*, 6, 13-16.
- García R. y Alonso J. (1989). Alcoholismo: determinantes de la recaída. Un estudio piloto. *Adicciones*, 1 (1), 5-22.
- García González, R. (1991). *La prevención de recaída en la dependencia del alcohol: Desarrollo y valoración de un Programa Experimental de Intervención*. Madrid: Facultad de Psicología, Universidad Autónoma (Editado en Microfilms).
- García González, R. (en prensa). Programa de prevención de recaída en dependientes del alcohol. En D. Macià, X. Méndez y J. Olivares (Eds.), *Intervención Psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Heldberg, A.G. y Campbell, L. (1974). A comparison of four behavioral treatments of alcoholism. *Journal on Behaviour Therapy of Experimental Psychiatry*, 5, 251-256.

- Herink, R. (Ed.) (1980). *The psychotherapy handbook: The A to Z guide to more than different therapies in use today*. Nueva York: New American Library.
- Hodgson, R.J. y Rankin, H.J. (1983). Cue exposure and relapse prevention. En W.M. Hay y P.E. Nathan (Eds.), *Clinical cases studies in the behavioral treatment of alcoholism* (pp. 207-226). Nueva York: Plenum.
- Hsu, J.J. (1965). Electroconditioning therapy of alcoholics: A preliminary report. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26, 449-459.
- Hunt, G.M. y Azrin, N.H. (1973). A community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Ito, J.R., Donovan, D.M. y Hall, J. (1988). Relapse Prevention in Alcohol Aftercare: effects on drinking outcome, change process, and aftercare attendance. *British Journal of Addiction*, 83, 171-181.
- Jones, S.L., Kanfer, R. y Lanyon, R. (1982). Skill training with alcoholics: A clinical extension. *Addictive Behaviors*, 7, 285-290.
- Kanden, R.N., Getter, H., Cooney, N.L. y Litt, M.D., (1989). Matching alcoholics to coping skills or inter-accusatory therapies: Post-treatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (6), 698-704.
- Kantorovich, N.V. (1929). An attempt at associative reflex therapy in alcoholism. *Novoye y Reflekologii i Fiziologii Neronoy Sistemy*, 3, 346.
- Laverty, S.G. (1966). Aversion therapies in the treatment of alcoholism. *Psychosomatic Medicine*, 28, 651-666.
- Lemere, F. y Voeegtilin, W.A. (1950). An evaluation of the aversion treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies of Alcohol*, 11, 199-202.
- Litman, G.K. (1980). Relapse in Alcoholism: Traditional and current approaches. En G. Edwards y M. Grant (Eds.), *Alcoholism: Treatment in Transition*. Londres: Croom Helm.
- Litman, G.K. (1986). Alcoholism survival: The prevention of relapse. En W.R. Miller y N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change* (pp.391-405). Nueva York: Plenum Press.
- Litman, G.K., Eiser, J., Rawson, N. y Oppenheim, A. (1977). Towards a typology of relapse: a preliminary report. *Drug and Alcohol Dependency*, 2, 157-162.
- Litman, G.K., Stapleton, J., Oppenheim, A.N., Peleg, M. y Jackson, P. (1983). Situations related to alcoholism relapse. *British Journal of Addiction*, 78, 381-389.
- Litman, G.K., Stapleton, J., Oppenheim, A.N., Peleg, M. y Jackson, P. (1984). The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. *British Journal of Addiction*, 79, 283-291.
- Marlatt, G.A. (1973). A comparison of aversive conditioning procedures in the treatment of alcoholism. *Comunicación presentada en The Annual Meeting of the Western Psychological Association, Anaheim, California*.
- Marlatt, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control and relapse: A cognitive-behavioral analysis. En P.A. Nathan, G.A. Marlatt y T. Loberg (Eds.), *Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment* (pp. 271-274). Nueva York: Plenum.
- Marlatt, G.A. (1988). Cue Exposure and Relapse Prevention in the treatment of addictive Behaviors. *Comunicación presentada en el Simposium Cue Exposure in the Treatment of Addictive Behaviours, Behaviour Therapy World Congress, Edimburgo*.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention, Maintenance strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1989). Relapse prevention: New directions. En M. Gossop (Ed.), *Relapse ana Addictive Behaviour* (pp. 278-292). London: Tavistock.
- Martos, F.J. y Vila, J. (1982). La validez y los modelos teóricos de la sensibilización encubierta. *Análisis y Modificación de Conducta*, 8, 165-190.
- Miller, W.R. y Baca, L.N. (1983). Two years follow-up of bibliotherapy and therapist directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14, 441-448.
- Miller, P.M. y Hersen, M. (1972). Quantitative changes in alcohol consumption as a function of electrical aversion conditioning. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 590-593.
- Miller, W.R. y Hester, R.K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. En W.R. Miller (Ed.), *The Addictive Behaviours: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking and Obesity* (pp. 11-141). Oxford: Pergamon Press.
- Miller, W.R. y Taylor, C. (1980). Relative effectiveness of bibliotherapy, individuals and group self control in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors*, 5, 1324.
- Nathan, P.E. (1982). Alcoholismo. En L. Leitenberg (Ed.), *Modificación y Terapia de Conducta* (vol. 1, pp. 21-76). Madrid: Morata.
- Nathan, P.E. (1985). Aversion therapy in the treatment of alcoholism: Success and failure. *Annual New York Academic Science*, 443, 357-364.
- National Institute on alcohol abuse and alcoholism. (1990). *Alcohol and Health. Seventh Special Report to U.S. Congress*. Rockville, ND: NIAAA.
- Niaura, R.S., Rohsenow, D.J., Binkoff, J.A., Monti, P.M., Pedraza, N. y Abrams, D.B. (1988). Relevance of cues reactivity to understanding alcohol and smoking relapse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 2, 133-152.
- Oei, T.P. y Jackson, P. (1980). Long term effects of group and individual social skills training with alcoholics. *Addictive Behavior*, 5, 129-136.
- Piorkorsky, G.K. y Mann, E.T. (1975). Issues in treatment efficacy research with alcoholics. *Perceptual and Motor Skills*, 41, 695-700.
- Rankin, H., Hodgson, R., Stockwell, T. (1983). Cue exposure and response prevention with alcoholics: A controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 21, 435-446.
- Rodríguez, J., Párraga, J. y León, J. (1983). Terapia de conducta y alcoholismo: Desarrollo y situación actual. *Drogalcohol*, 7 (4), 187-199.
- Sacristán, J.R., Párraga, J. y León, J.M. (1983). Terapia de conducta y alcoholismo: desarrollo y situación actual. *Drogalcohol*, 8 (4), 87-99.

- Sánchez Craig, N., Walker, K. (1982). Teaching coping skills to chronic alcoholics in a coeducational halfway house. Assessment of programme effectiveness. *British Journal of Addiction*, 77 (1), 35-50.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1978). *Behavioral treatment of alcohol problems. Individualized therapy and controlled drinking*. Nueva York: Plenum Press.
- Sanderson, R.E., Campbell, D. y Lavery, S.G. (1963). An investigation of a new aversive conditioning treatment for alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 24, 261-275.
- Smith, R.E., Gregory, P.B. (1976). Covert sensitization by induced anxiety in the treatment of an alcoholic. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 31-33.
- Tepfer, K.S. y Levine, B.A. (1977). Covert sensitization with internal aversive cues in the treatment of chronic alcoholism. *Psychological Reports*, 41, 92-94.
- Vogler, R.E., Lunde, S.E., Johnson, G.R. y Martin, P.L. (1970). Electrical aversion conditioning with chronic alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 302-307.
- Wilson, G.T. (1987). Chemical aversion conditioning as a treatment for alcoholism : A re-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 25, 503-516.
- Wilson, G.T. y Tracey, D.A. (1976). An experimental analysis of aversive imagery versus electrical aversive conditioning in the treatment of chronic alcoholics. *Behavior Research and Therapy*, 14, 41-51.
- Wolpe, J. (1955). Conditioned inhibition of craving in drug addiction: A pilot experiment. *Behavior Research and Therapy*, 2, 285-288.

