

55
23



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**LA AUTO-EFICACIA COMO UNA MEDIDA
PREDICTIVA DE EXITO EN UN TRATAMIENTO
PARA BEBEDORES PROBLEMA.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A N :

**COLIN PEREZ AIDE
GARDUÑO GARCIA CLAUDIA**



**DIRECTOR DE TESIS: LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE
ASESOR ESTADISTICO: LIC. JORGE MARTINEZ STACK**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CIUDAD UNIVERSITARIA.

1996.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

Ai primero en dedicar mi trabajo es a DIOS:

A quien lo agradezco todo lo que soy, el permitirme lograr esta meta tan importante para mi vida y por darme la oportunidad de seguir adelante, pero principalmente por darme la Vida.

A mis Padres y hermanos:

Por estar conmigo, escucharme y apoyarme en los momentos en que lo he necesitado. Gracias por todo lo que me han dado. Gracias por aportar ese granito para que yo tuviera la fuerza de continuar que es, sin embargo el pilar de mi esfuerzo y logro.

A mis abuelitos:

Por tener siempre un gesto de amor y ternura conmigo, por darme ese calor y tranquilidad que sólo se siente dentro del seno de una linda familia.

A Claudia:

Por todo lo que hemos vivido juntas que nos ha unido mucho más, por tu lucha y empeño para lograr nuestra meta y te agradezco todo el apoyo incondicional y sobre todo tu gran amistad.

AIDE

A Marco mi hijo:

Para que este trabajo en un futuro cercano sea de aliciente para que a pesar de los obstáculos y los momentos difíciles te enfrentes a ellos sin temor ni dudas para poder triunfar en lo que quieres, pero sobre todo te agradezco mi querido Marquito, el tiempo que no compartí contigo por lograr mi meta. Te quiero mucho.

A mis padres:

Les doy las gracias por no dejarme sola en los momentos de mayores obstáculos y por darme el ejemplo de lucha constante por salir adelante y ser mejor cada día. Mil gracias por su cariño, apoyo y comprensión hacia mí.

A Marco:

Te dedico este trabajo porque juntos lo logramos. Gracias por estar conmigo a pesar de mis defectos y por dejarme compartir contigo los triunfos y fracasos obtenidos durante mi desarrollo como profesional. Te amo.

A mis hermanas, Araceli y Jazmín:

A quienes no las cambiaría por nadie a pesar de los pleitos constantes, gracias por quererme y apoyarme en todo momento. Las quiero mucho.

A Aidé:

Te doy las gracias por compartir contigo alegrías, triunfos, fracasos, risas, lágrimas y por el apoyo que me has brindado en todo momento, pero principalmente GRACIAS por ser mi AMIGA.

CLAUDIA

AGRADECIMIENTOS

Lic. Leticia Echeverría San Vicente:

Por la gran oportunidad que nos brindaste al trabajar contigo, por tu dedicación, paciencia y apoyo incondicional que para nosotras ha sido invaluable. Por tu sonrisa siempre presente, por tu compañerismo y solidaridad. Pero sobre todo por ser una persona y una profesionalista EXCELENTE.

Dr. Héctor E. Ayala Veíáquez:

Le agradecemos el permitirnos participar en su programa ya que es el ambiente para nuestro desarrollo como profesionistas. Por facilitar e impulsarnos para poder lograr nuestra meta y principalmente por ser un ejemplo para nosotras en cuanto a su capacidad e inteligencia.

Lic. Jorge Martínez Stack:

Por dedicarnos el tiempo, la atención que necesitábamos y esencialmente por su asesoría e indicaciones de gran valor y ayuda para la terminación de este trabajo.

Lic. Estela Cordero Becerra:

Gracias por ser nuestra maestra y brindarnos su ayuda cuando se la pedimos. Porque más allá de su apoyo profesional e incondicional ha sido una buena amiga y una gran persona.

Lic. Ceiso Serra Padilla:

Muchas gracias por ser tan accesible y paciente con nosotras, por sus consejos y sugerencias que fueron de gran importancia y ayuda para la mayoría de la investigación.

Miguel Angel:

Gracias por ser un gran AMIGO que en todo momento nos brindaste tu ayuda y apoyo sin esperar nada a cambio. Gracias por tu generosidad al compartir con nosotras tus conocimientos y por los momentos tan agradables que compartimos los cuales hicieron de la jornada una agradable experiencia.

Mariana:

Porque eres una persona de la cual hemos aprendido mucho, principalmente tu entereza y perseverancia por lograr lo que te propones.

Paty:

Por el interés que tuviste en nuestro trabajo y por motivarnos constantemente para no desistir en los momentos difíciles.

Maru:

Gracias por ser una linda compañera que se preocupó y estuvo pendiente de nuestro desempeño.

Gerardo:

La sinceridad de tu amistad y optimismo son virtudes que te hacen ser una persona inolvidable.

Gulle:

Por tu actitud siempre dispuesta a colaborar y por tu muestra de cariño que hacen de ti una amiga incondicional.

Esther y Vero:

El trato que compartimos fue más que de unas compañeras de trabajo, sino de unas verdaderas amigas.

Claudia Lugo:

Te agradecemos tu disposición, atención y ayuda que nos diste cuando acudimos a ti.

Alejandra:

El corto tiempo que compartimos juntas bastó para darnos cuenta de que eres una persona en la cual se puede confiar plenamente y tener en ti a una buena amiga.

Y a todos nuestros compañeros que de forma distinta e igualmente valiosa colaboraron con nosotras para la realización de este trabajo: Irma, Celia, Abraham, Miroslava, Dora, Sandy, Claudia Hdz., Martha, Elena, Hilda, Eunice, Carina y Jaime.

Y gracias también por todo el apoyo brindado en el "Oswaldo" especialmente a Vicky, Silvia y Lidya Barragan quien nos ofreció su tiempo y atención.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION 1

CAPITULO I

EPIDEMIOLOGIA 1

CAPITULO II

TRATAMIENTO Y EVALUACION 14

CAPITULO III

TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL 29

CAPITULO IV

METODO 52

CAPITULO V

RESULTADOS 62

DISCUSION Y CONCLUSIONES 91

REFERENCIAS 98

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo saber si los pacientes que modifican su confianza situacional a través del tratamiento reducen su consumo de alcohol teniendo a su vez éxito en el mismo, es decir, la meta es determinar si los cambios en la auto-eficacia medida a través del Cuestionario de Confianza Situacional se correlacionan con cambios en el patrón de consumo y si el nivel de auto-eficacia de los sujetos sirve o ayuda para predecir el éxito del tratamiento. La muestra fué de tipo casual, formada por los usuarios que asistieron voluntariamente al tratamiento y quedó integrada por 80 pacientes que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos Acapulco, los cuales asistieron y terminaron su tratamiento en el Programa de Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema. Se utilizó un diseño de tipo pre-experimental Pretest-Posttest de un solo grupo y consistió en tomar una muestra a la cual se le aplicó una Evaluación Inicial antes del tratamiento y una Evaluación de Seguimiento a seis meses después de terminado el tratamiento. Para realizar la medición de la Auto-Eficacia se utilizó el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) desarrollado por Annis, H; (1982), el cual mide el grado de confianza para resistir el consumo excesivo de alcohol ante situaciones de riesgo que lo propician. Este instrumento se aplicó en la Evaluación Inicial y a los seis meses después del tratamiento durante el Seguimiento. Como instrumentos auxiliares se aplicaron durante la Evaluación Inicial, la Escala de Dependencia al Alcohol, el Cuestionario de Entrevista Inicial, la Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol durante el Seguimiento se aplicaron el Cuestionario de Entrevista de Seguimiento, la Tasa de Mejoría Global y la Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol. Los resultados muestran que los 80 sujetos incrementan en forma general su confianza en las ocho escalas de riesgo que mide el CCS. Vale la pena resaltar que en todas las escalas de la primera aplicación muestran cambios importantes a los seis meses siendo estadísticamente significativos. Estos cambios se correlacionan negativamente con cambios en la frecuencia y/o cantidad consumida en el post-tratamiento. Estos resultados en general muestran que el CCS esta siendo un instrumento sensible para guiar y planear un tratamiento en México.

INTRODUCCION

Por mucho tiempo el abuso en el consumo de alcohol ha sido un problema que afecta a un porcentaje considerable de la población de cualquier país y en México el número de personas que consume alcohol ha incrementado. A partir de 1960, tanto en países industrializados como en las naciones en desarrollo, el consumo de alcohol per cápita ha aumentado en forma notable y se ha extendido entre las mujeres y los jóvenes. En 1975, y nuevamente en 1979, La Organización Mundial de la Salud dió la voz de alarma y reconoció que los problemas relacionados con el abuso de bebidas alcohólicas representa uno de los mayores retos para la salud pública en el mundo. Ciertamente lo es en nuestro país. (Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, 1992-1994).

La Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en 1993 reporta que dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores, lo que permite estimar que existe poco más de 28 millones de individuos catalogados como tales. De ellos, 53.7% están entre los 12 y los 18 años y el 70.1% pertenecen al intervalo de 19 a 65 años. Con respecto al género, se encontraron marcadas diferencias, en la población masculina el índice de consumo es de 77.2%, mientras que la población femenina se reduce al 57.5%. De esta población que consume existe un porcentaje que no puede controlar su ingesta, ya que alrededor de la cuarta parte (23.4%) de los bebedores que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, lo hicieron hasta embriagarse. es decir: más de 6,000,000 de bebedores toman hasta la ebriedad. De ellos el 7% son manores de 18 años y el 92.4% adultos. Y el género masculino representa el 88.9% de la población que llega a la embriaguez.

Por tal motivo han surgido muchos tratamientos dedicados a combatir este problema, por ejemplo: Alcohólicos Anónimos que es un grupo de auto-ayuda donde no existe un personal terapéutico capacitado para dirigir los grupos y en donde las reglas de tratamiento son acatadas por el paciente, es decir, él se ajusta a las características del tratamiento, lo cual es el principal problema de este tipo de programas puesto que no se realiza una evaluación que anteceda al tratamiento en donde se tomen en cuenta las características individuales de los pacientes.

El uso de psicoterapias individuales y de grupo con un énfasis en el insight como base del proceso terapéutico, fueron y son la estrategia de intervención más usuales utilizadas con alcohólicos y bebedores problema, (Ayala y Gutiérrez, 1993). Goldstein y Stein (1976) reportaron resultados positivos con un grupo de alcohólicos a través de la terapia psicoanalíticamente orientada. Por otra parte, Baekeland, Lundwall y Kissin (1975) encontraron que el 15% de los sujetos que acudieron a terapia de grupo bajo esta aproximación logró la abstinencia, y el 47% de los casos se consiguió reducción en el consumo.

Sin embargo la psicoterapia se limita a una pequeña población, Curlee (1971) señaló que los pacientes de clase alta, con coeficientes intelectuales elevados y buenos niveles de imaginación, son buenos candidatos para este tipo de tratamiento. La mayoría de las veces que se utiliza esta aproximación se carece de procesos evaluativos que comprueben su efectividad (Matakas, Koesler y Leidner, 1978).

También existen algunos tratamientos en los cuales se hace una evaluación pero carecen de algunos elementos que se requieren para el tratamiento. como lo son las características individuales de los pacientes tomando en cuenta las expectativas con las que inician un tratamiento.

Ante tal situación la evaluación ha venido cobrando importancia para facilitar la identificación de personas que tienen problemas de adicción, mediante instrumentos capaces de identificar un amplio rango de factores que potencialmente causan un problema de adicción. Pero comenta Miller (1993), poca investigación se ha concentrado en identificar factores que determinen cambios positivos en un tratamiento y por tal motivo se han tratado de encontrar las características de las personas que la llevan al éxito y una de esas lo son las Expectativas de Eficacia.

Las investigaciones han estado dedicando considerable atención al rol que tienen las expectativas en las decisiones del consumo de alcohol y las respuestas hacia éste. Las expectativas hacia el consumo de alcohol son conceptualizadas como representaciones cognitivas de las experiencias pasadas con aprendizaje directo o indirecto hacia la bebida, representaciones que son asumidas como influencia anticipada de los resultados observados del uso de alcohol.

Los modelos de uso de alcohol que incorporan las expectativas de eficacia hacia el alcohol (e.g., Maisto et al., 1981; Marlatt and Rohsenow, 1980) han postulado que las decisiones de los bebedores para iniciar o continuar bebiendo son mediatizadas por los efectos anticipados del alcohol. La investigación discutida por Critchlow (1986), Goldman (1989), Goldman et al. (1987) Lang and Michalec (1990) han mostrado que la aprobación del alcohol a lo largo de una variedad de dimensiones está linealmente relacionada al consumo de alcohol y a los problemas que conlleva éste.

La investigación con poblaciones clínicas sugiere que las expectativas de eficacia hacia el alcohol están activadas durante los episodios de recaída y que estas expectativas hacia el alcohol evaluadas durante el tratamiento predicen el

funcionamiento post-tratamiento. En un estudio, Connors et al. (1988) preguntó y les pidió a hombres alcohólicos después de dos años de su tratamiento que describieran sus dos episodios más recientes. Se les pidió a los sujetos que identificaran las expectativas específicas hacia el alcohol que tuvieron en esas situaciones de recaída, y si cada una de estas expectativas fue realizada después del consumo. La mayoría de las expectativas reportadas se ocuparon en el consumo como una ayuda para hacer frente a una situación social (48%). Un adicional 23% de los sujetos reportó que utiliza el alcohol para tener control de la situación. El resto de las expectativas fueron divididas entre consumo para cubrir una situación no social o para crear un estado físico alterado.

Por tal motivo el objetivo de la presente investigación es saber si los pacientes que modifican sus expectativas de eficacia a través del tratamiento reducen su consumo de alcohol teniendo así éxito en el mismo. Es decir, la meta es determinar si los cambios en las expectativas de eficacia medidas a través del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), se correlacionan con cambios en el patrón de consumo. Esto nos llevaría a obtener indicadores predictivos de éxito en un tratamiento.

Y en la medida que se tenga este tipo de factores predictivos se podrán diseñar programas de bajo costo y grandes beneficios para la población de bebedores excesivos en México.

A continuación se describe la temática de cada uno de los capítulos que integran esta investigación:

En el *Capítulo I*, se hace una revisión de la problemática del abuso de alcohol en México, basándose en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993.

En el **Capítulo II**, se revisan los tratamientos que existen en México y que prestan atención al problema de consumo de alcohol y describiendo al final del capítulo el Tratamiento de Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema.

En el **Capítulo III**, se presentan los principios teóricos de la Teoría del Aprendizaje Social de la cual Bandura desarrolla la Teoría de la Auto-Eficacia que es la aproximación que sustenta este trabajo y la realización del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS).

En el **Capítulo IV**, se describe el procedimiento metodológico empleado en la investigación.

En el **Capítulo V**, presentación de los resultados encontrados en la comparación Pre Post-tratamiento de los datos.

Y en el **Capítulo VI**, se presenta la Discusión y Conclusiones de la investigación.

I. EPIDEMIOLOGIA

El consumo de bebidas alcohólicas es parte de un proceso global que implica el desarrollo de actividades como la economía, política del alcohol, el consumo moderado, la vida social alrededor del mismo, la normatividad cultural sobre lo adecuado o inadecuado de la ingestión, las razones para beber y para no beber, los bebedores problema, las consecuencias derivadas del beber, la morbi-mortalidad por alcohol, la percepción social, la perceptualización y las políticas que el sector salud y la sociedad civil tienen sobre el consumo de bebidas alcohólicas.

A todo este complejo proceso se puede definir como la alcoholización de una sociedad, hecho que va de lo individual a lo social, por lo que es imposible alistar sus componentes. Los bebedores, son sólo la punta del iceberg de la alcoholización de una sociedad, sustentado no sólo por los consumidores de baja frecuencia, sino por toda la sociedad que normaliza el consumo, lo promueve y frecuentemente presiona para que se realice. La normalización del consumo de alcohol es una de las claves para entender la ambigüedad con la que se percibe socialmente el proceso de alcoholización en su conjunto. (Encuesta Nacional de Adicciones, 1993).

Por lo que se considera que los resultados epidemiológicos sobre el consumo de alcohol en México son de gran importancia para iniciar este trabajo, ya que los estudios epidemiológicos no sólo nos informan sobre la frecuencia, la distribución y los patrones de consumo, sino de su relación con las diversas variables sociodemográficas que son sin duda, el alimento de los programas preventivos y lo único que permite identificar, en el marco de nuestra propia realidad, los factores de riesgo que se asocian al consumo de alcohol (Sepúlveda J Las

Adicciones: El Reto de Hoy y del Futuro. El Día, 4 de octubre de 1994).

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 pone en relieve que si bien en México el índice de alcoholismo no es tan elevado en comparación con otras naciones, paradójicamente las consecuencias negativas por su consumo son mayores que en países con tasas de consumo per cápita más alta. (Medina-Mora, M.E., Tapia Conyer, R., Villatoro, J., Sepúlveda, J., Mariño, M.C., Rascón, M.L.). Esto se debe a lo que la encuesta ha revelado, pues un alto porcentaje de la población mexicana cuando bebe tiende a hacerlo hasta llegar a la embriaguez (Sepúlveda, J. Las Adicciones: El Reto de Hoy y del Futuro. El Día, 4 de octubre de 1994).

En México el alcohol esta más o menos integrado a la cultura lo opuesto de lo que se ha observado en otros países, el consumo per cápita ha incrementado, los principios económicos han prevalecido sobre aquellos relacionados con la salud, cuando esta política fue dictada. Un ejemplo de la restricción es la reciente liberación en las limitaciones de la importación en el mundo, de las bebidas alcohólicas que empezó en 1984, esto fue reforzado con la entrada del GATT en 1986 y que se espera que continúe en la misma línea con el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá. Entre 1984 y 1994 el impuesto a las bebidas extranjeras fue reducida del 80 al 10% de su precio. Al mismo tiempo la muerte por cirrosis hepática ha incrementado siendo ésta la primera de las 10 principales causas de muerte entre la población citadina.

Las causas relacionadas al abuso en el alcohol y otros problemas sociales son también altas. Esta alta incidencia de problemas ha sido relacionada a los modelos de consumo con intoxicación aguda, especialmente en situaciones de riesgo.

En la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 se realizaron 20,243 entrevistas completas, dando una distribución por sexo de 45.5% para el grupo masculino y el 54.5% para el femenino

En cuanto a la edad, el grupo de jóvenes (12-18 años) estuvo conformado por el 31.7% de la muestra, el resto se distribuyó en los grupos entre 19 y 65 años de edad. (Gráfica 1)

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR GRUPOS DE EDAD



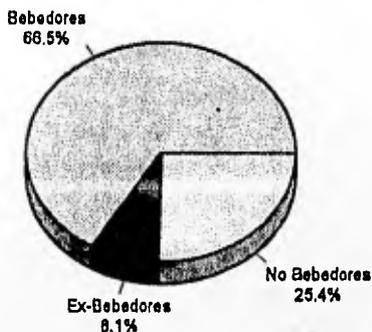
Gráfica. 1

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones/ Dirección General de Epidemiología/ SSA, 1993.

La distribución porcentual de los diferentes patrones de consumo, muestran cómo dos terceras partes de la población a nivel nacional pueden clasificarse como bebedores (65%) lo que permite estimar que existen poco más de 28 millones de individuos catalogados como tales. De ellos 53.7% están entre 12 y 18 años y el 70.1% pertenece al intervalo de 19 a 65 años. Con respecto al género, el 77.2% son hombres bebedores y el 57.5% son mujeres.

El 25 % reportó ser no bebedor (n= 10 780 875) y menos del 10 % se manifestó como exbebedor (n= 3 436 757). (Gráfica 2).

PREVALENCIA DE BEBEDORES, NO BEBEDORES Y EX-BEBEDORES (12 a 85 AÑOS)



Gráfica: 2

Fuente: Encuesta Nacional de adicciones/
Dirección General de Epidemiología/ SSA, 1993

Con los resultados de la encuesta al comparar las prevalencias de bebedores a nivel nacional en cada una de las 8 regiones, se destaca que la prevalencia de bebedores (es decir aquellos que consumieron durante los dos últimos años) es mayor a la media nacional en la Región Occidental (Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas), con un 78%, en la región que comprende el Distrito Federal y Zona Conurbada (73.4%); y en la región Centro (Hidalgo, Guanajuato, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala), con un 69%.

Con respecto al género, no parece haber diferencias en la distribución de bebedores: 52.9% son varones y el resto mujeres. Sin embargo, al realizar un análisis intragénero, se muestra que de todas las mujeres entrevistadas 33.6%

nunca ha consumido bebidas alcohólicas, mientras que del total de hombres sólo el 15.6% no lo ha hecho.

En el estado civil más de las dos terceras partes de los casados (as) y proporciones similares en los (as) separados (as) consumieron alcohol en los 2 últimos años. Casi el 63% de los solteros que incluyen en su mayoría a la población de adolescentes, bebió también en este lapso.

Con respecto a la escolaridad (a nivel nacional), puede señalarse la tendencia al aumento de la proporción de bebedores, a medida que aumenta el nivel escolar. El porcentaje más bajo de bebedores lo tiene el grupo que nunca fue a la escuela, mientras que el más alto se ubica entre los profesionistas; más de las tres cuartas partes de los que alcanzaron nivel de licenciatura son bebedores (82.1%). En el grupo de aquellos con mayor escolaridad formal es donde se encuentra la menor proporción de nunca bebedores. Sólo el 9.8% de los profesionistas y el 10% de los que cuentan con posgrado pueden clasificarse como no bebedores. Sin embargo, casi el 34% que no tienen educación formal se definieron como no bebedores.

Los nunca bebedores empleados y desempleados presentaron puntajes similares. El 17.4% de los desempleados nunca ha bebido alcohol, como tampoco lo ha hecho el 15% de los empleados. Los porcentajes más altos de los que nunca consumieron se encuentran entre los estudiantes (35.3%) y aquellas (os) que se dedican al hogar, vinculado a edad y sexo. La prevalencia más alta de ex-bebedores se encuentra entre los desempleados (15.4%), mientras que entre los empleados sólo un (7.5%) de personas que han dejado de beber.

Con respecto al tipo de bebida, frecuencia y cantidad de consumo casi una cuarta

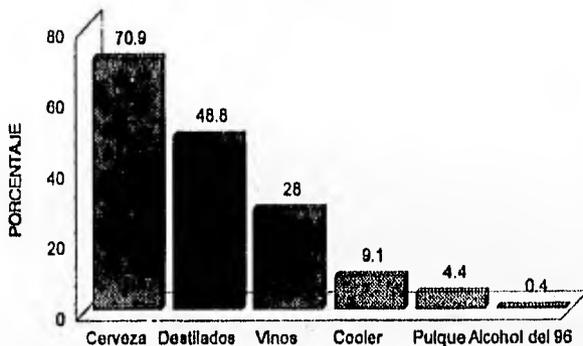
parte de la población bebedora (23%) consumió alcohol de 1 a 3 veces por mes; aproximadamente una quinta parte (16.2%) entre 1 y 4 veces por semana y cerca del 3% entre 5 y 7 veces a la semana. Más de la tercera parte de la población bebedora consumió con una frecuencia de 2 a 6 veces al año. La frecuencia de consumo en el grupo femenino en su mayoría fue de 2 a 6 veces al año.

En los grupos de las mujeres de 19 a 25 años y de 26 a 34 años (12.9%, y 10.3%, respectivamente), es decir, en el centro de la etapa reproductiva es donde se encuentran las frecuencias más elevadas de consumo. El 1.4% de las adolescentes presenta una frecuencia de 1 a 7 veces por semana. El 31.9% de los hombres beben con una frecuencia de 1 a 3 veces por mes, una cuarta parte lo hace de 1 a 4 veces por semana. De los adolescentes que beben, se estima que más de 300,000 jóvenes varones reportan beber de 1 a 7 veces por semana.

En relación a la frecuencia de consumo y el estado civil, los porcentajes más altos se encuentran, tanto en casados como en solteros, con frecuencia de 2 a 6 veces al año, seguidas por la ingestión mensual. El 10% de los bebedores casados consumen alcohol de 1 a 4 veces por semana.

La cerveza es la bebida de mayor consumo a nivel nacional (70.9%); alrededor de la mitad de la población bebedora consume destilados (48.8%) y poco más de una cuarta parte (28%) vino de mesa (Gráfica 3). Los coolers se consumen por un 10%; el 5% toma pulque y en cantidades menores al 1% (0.4%), alcohol de 96 grados.

DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO POR TIPO DE BEBIDA



Grafica:3

FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones/Dirección General de Epidemiología/SSA, 1993

En cuanto a la frecuencia con que se consume cerveza, cerca del 16%, lo hace de 1 a 4 veces por semana y el 22.5% de 1 a 3 veces por mes. Cabe destacar que, de los adolescentes bebedores, el 11.2% bebe cerveza con esta última frecuencia y un 6.5% la consumo diaria o semanalmente. En relación a la ingestión de destilados, el 10% los consume entre 1 y 3 veces por mes, y casi el 5% de los adolescentes los consume con esta misma frecuencia. Los porcentajes mas altos de consumo de vino de mesa se ubican en la frecuencia de 2 a 6 veces por año, el 13.5%, de los bebedores, así como el 11.9% de los menores de 18 años, ingieren con esa frecuencia.

Respecto a los diferentes patrones de consumo, la mayor prevalencia (56.8%) es la de los bebedores poco frecuentes (n= 28 207 794). Los bebedores se agrupan alrededor de 6 patrones de consumo, de los cuales 3 corresponden a los

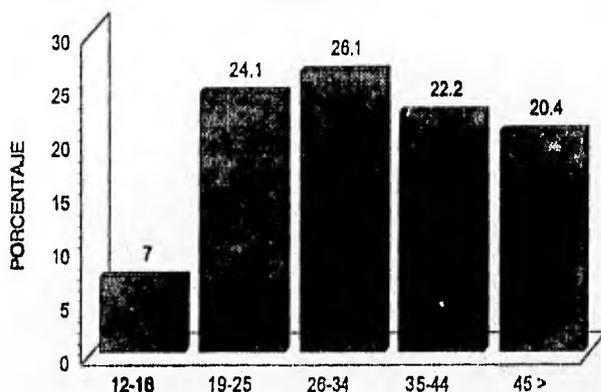
bebedores moderados de alto nivel (12.8%), los bebedores frecuentes de alto nivel (5.9%) y los bebedores consuetudinarios (7.4%). El 26.1% se encuentra dentro de un grupo denominado "de alto riesgo potencial". El 10% de los adolescentes pueden agruparse en uno de estos 3 grupos de riesgo, es decir, 500,000 menores de 18 años.

Al tomar por separado los patrones de consumo de la población adulta (n= 23,196,506); se muestra que más de la cuarta parte de los adultos se encuentra en los 3 grupos mencionados, lo que equivale a más de 6,000,000 individuos con patrones de consumo de alto riesgo.

Con respecto a la ocupación, los resultados permiten desmentir la asociación de consumo riesgoso y desempleo, ya que alrededor del 40% de los empleados y desempleados adultos se encuentra dentro del grupo de consumo de riesgo, así como el 16.1% de los estudiantes y el 5.1% de las (os) dedicadas (os) al hogar. El 22.3% de los jóvenes son desempleados, cerca del 20% tienen empleo y el 6% son estudiantes o están en el hogar.

En relación a la embriaguez la encuesta encontró que alrededor de la cuarta parte (23.4%) de los bebedores que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, lo hicieron hasta embriagarse, es decir: más de 6,000,000 de bebedores toman hasta la ebriedad. De ellos el 7% son menores y el 92.4 adultos. El género masculino representa el 88.9% de la población que llega hasta la embriaguez (Gráfica 4)

DISTRIBUCION DE LA EDAD EN POBLACION QUE LLEGA A LA EMBRIAGUEZ



Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones/
Dirección General de Epidemiología/SSA,
1993

Gráfica: 4

Del total de la población que reportó consumo hasta la ebriedad, una cuarta parte pertenece al grupo entre 19 y 25 años, más del 25% al de 26 a 34 años, y cerca del 20% al de 35 y más. De los 9 000 000 que se embriagan, un 7% son menores de 18 años. Al interior de este grupo el 5% lo hace de 1 a 7 veces por semana; 15% entre 1 y 3 veces por mes y casi el 80% de 1 a 6 veces por año.

Los grupos de edad con mayor ebriedad diaria o casi diaria se encontraron entre la población de 35 a 44 años (40.3%) y la de los mayores de 45 años, que representaron casi la tercera parte del grupo con patrón de ebriedad diaria. Por lo que toca a la embriaguez anual (2 a 6 veces al año) más de la mitad pertenece al rango de edad entre 26 y 44 años. En conclusión, puede decirse, que la

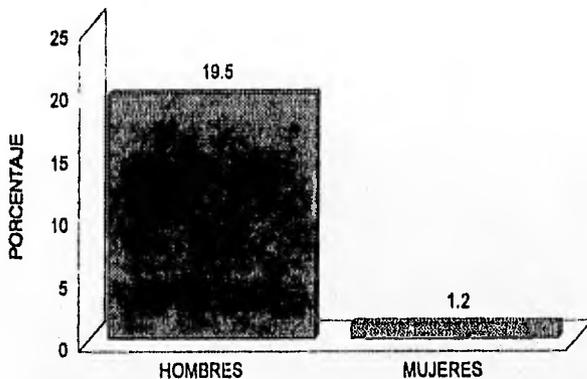
población mayor de 26 años es la que tiene el riesgo más alto de embriagarse, sin olvidar el 7% que representan los adolescentes.

Al comparar las prevalencias entre las diferentes regiones y la media nacional (23.4%) para el consumo hasta la embriaguez, las regiones Nororiental, Noroccidental y Centro Sur presentaron prevalencias superiores a la Nacional (26.7%, 25.9% y 25.5%, respectivamente). Por otro lado, la región de menor frecuencia fue la Norcentral, con una prevalencia de 15.4%.

Por otro lado al hablar de dependencia al alcohol se hace necesario mencionar los indicadores que nos marcan la existencia de la dependencia hacia éste. Los indicadores de dependencia (ICD-10), incluyen compulsión de uso, incapacidad de control, abstinencia, uso para aliviar abstinencia, tolerancia, reducción del repertorio conductual, abandono de actividades y placeres alternativos por el uso de alcohol, persistencia de abuso a pesar de las consecuencias dañinas y reinstalación rápida del síndrome después de un periodo de abstinencia. Se considera que hay dependencia cuando se encuentran presentes por lo menos tres de estos elementos en un periodo de 12 meses. El síndrome de dependencia al alcohol (SDA) fue propuesto por Edwards y es el que utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10).

Para los resultados de dependencia solamente se considero el rubro de la población entre 19 y 65 años de edad. La frecuencia total de dependientes fue del 9.4%, es decir poco más de 3,000,000 personas de edad adulta presentaron 3 ó más síntomas considerados como indicadores de dependencia al alcohol (Gráfica 5). De ellos, la prevalencia de dependencia masculina fue del 19.5% y del 1.2% la femenina.

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA DEPENDENCIA AL ALCOHOL POR SEXO (19 a 65 años)



Gráfica: 5

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones/ Dirección General de Epidemiología/ SSA, 1993.

Al hacer un comparativo regional, se observa que tanto la región Noroccidental (11.2%) como el Distrito Federal y el área metropolitana (10.4%) se encuentran por arriba de la media nacional (9.4%). La región con el menor índice de prevalencia fue la Occidental, con 7.1%.

Uno de los aspectos clave que intervienen en la percepción del proceso de alcoholización es la relación contradictoria entre las consecuencias positivas y negativas de la ingestión alcohólica. Estudios cualitativos sobre la percepción infantil del consumo de alcohol han mostrado la ambigüedad con que perciben los niños el beber. Es frecuente que para ellos el consumo de alcohol sea símbolo de fiesta, convivencia, sociabilidad, e incluso entre algunos grupos medida terapéutica, todo esto alentado por la misma familia y la comunidad. Simultáneamente, el consumo se asocia a violencia, maltrato, carencias,

enfermedades e incluso a la muerte. Por lo tanto la ingestión alcohólica se percibe por los sujetos de manera ambivalente

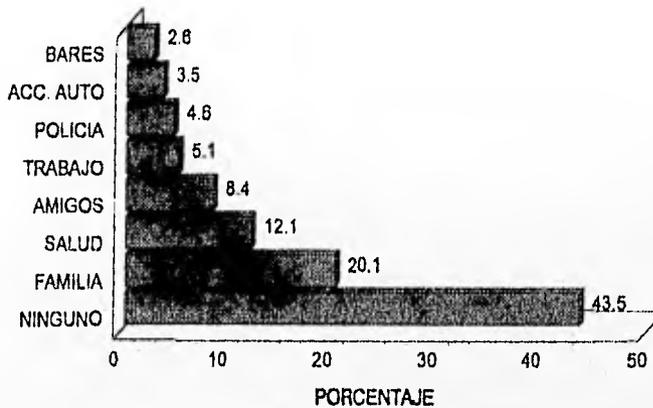
La encuesta investigó una serie de consecuencias negativas, denominadas "problemas derivados del consumo de alcohol ". La población a la que se refiere este apartado la constituyen bebedores que reportaron un consumo de 5 ó más copas en la misma ocasión, durante el último año de su consumo.

Es importante aclarar que lo anterior no implica que individuos que beben en menor cantidad estén a salvo de tener problemas ocasionados por el consumo. Las características propias del individuo determinarán las consecuencias ocasionadas por el consumo de alcohol, sin importar frecuencia o cantidad.

El 41.6% de los bebedores que tomaron 5 ó más copas por ocasión en el último año presentaron 1 ó más problemas derivados de su consumo. Cabe destacar que aproximadamente una quinta parte son problemas que implican violencia. Esto confirma hallazgos de estudio cualitativos, en los que se demuestra que la embriaguez está asociada a violencia familiar, riñas en las calles, accidentes, entre otras consecuencias. Así mismo, datos de los archivos de los servicios forenses demuestran cómo la ingestión alcohólica está fuertemente asociada con accidentes y muertes violentas.

Con los resultados del estudio, puede estimarse que 16 de cada 100 de aquellos que consumen 5 ó más copas por ocasión tienen problemas que están involucrados con violencia entre los que se incluyen, problemas con amigos (8.4%), con la policía (4.6%) y en bares (2.6%). (Gráfica 6)

DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE LA POBLACIÓN QUE CONSUME 5 O MÁS COPAS EN CADA OCASIÓN



Gráfica: 6

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones/ Dirección General de Epidemiología/ SSA, 1993.

II. TRATAMIENTO Y EVALUACION

El consumo de bebidas alcohólicas es una costumbre cuyo origen se pierde en la historia de la civilización. Desde que el consumo de alcohol ha existido han habido intentos por limitar su abuso que es la causa de fuertes daños en la salud de los individuos, la familia y la sociedad, los cuales no necesitan comprobarse. Luchar contra los problemas que se generan considerando las costumbres, tradiciones y creencias requiere tomar en cuenta que el consumo de alcohol satisface demandas de la población que son válidas y que la actividad económica que genera la producción y comercialización de bebidas alcohólicas es cuantiosa y es una fuente importante de ingresos para la empresa privada y para el Estado.

Los problemas ocasionados por el consumo de bebidas alcohólicas, ha sido motivo de preocupación desde mucho tiempo atrás por las autoridades de salud y también por diversos sectores de la población en general debido a las peligrosas consecuencias que son inherentes al abuso de bebidas alcohólicas.

En 1979 la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció que " los problemas relacionados con el abuso de bebidas alcohólicas están entre los más importantes problemas de salud pública en el mundo "

Esta preocupación por éste grave problema de salud pública ha motivado a los gobiernos a proponer restricciones enfatizándose en el tratamiento como una opción para generar un cambio en el patrón de consumo de la población. De igual manera se ha venido favoreciendo la prevención permitiendo la concentración los recursos para evitar la aparición de nuevos casos por medio de la información y

la enseñanza a la población acerca de los riesgos y consecuencias del abuso en el consumo. Como parte de dicha prevención es importante identificar oportunamente a la población que comienza a inclinarse a un consumo riesgoso y controlar la disponibilidad de bebidas alcohólicas sin olvidar el tratamiento y la rehabilitación de los bebedores para lograr una disminución del consumo a través de restricciones legales.

Por eso es importante que cualquier programa de intervención orientado al control en el uso y abuso de bebidas alcohólicas sea acorde al diagnóstico actual de esta problemática; y esto requiere de la aplicación y disposición de diversos recursos en cuanto a servicios médicos de salud para cada uno de los tres niveles de atención para satisfacer y dar respuesta a las necesidades de prevención, atención, investigación, tratamiento y rehabilitación.

A continuación presentamos una revisión de los programas que en nuestro país se llevan a cabo para luchar contra el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y lograr una disminución de los riesgos asociados a esta forma de consumo:

Por lo que se refiere al área de **Prevención**, la Secretaría de Salud (SSA) a través de las Direcciones Generales de Fomento para la Salud y de Regularización de los Servicios de Salud cumplen funciones de normatividad y apoyo, donde sus objetivos son: sensibilizar, informar, orientar y capacitar, contando para sus actividades con material impreso y audiovisual; el Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.) tiene un centro de información creado en 1986 con el objeto de recopilar, clasificar, analizar, sistematizar y poner a disposición de la población información sobre el consumo la Coordinación General del Consejo Nacional Contra las Adicciones lleva a cabo tareas de coordinación y concentración con los sectores público social y privado en el área de prevención.

En la Secretaría de Educación Pública (S E P) por medio de la Dirección General de Educación Extraescolar inició el diseño del programa educativo de prevención contra las adicciones; el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes ha favorecido acciones con un contenido preventivo para las comunidades que viven en las zonas fronterizas y en el extranjero; la Comisión Nacional del Deporte a través de la Dirección de Atención a la Juventud y su Programa Nacional Juvenil para la Prevención de las Adicciones, propicia la participación de los jóvenes al proporcionarles información, orientación y capacitación sobre las implicaciones y medidas preventivas del consumo de bebidas alcohólicas.

El Instituto Mexicano del Seguro Social incrementa el nivel de salud, disminuye los riesgos para prevenir los daños. El Departamento del Distrito Federal asume la responsabilidad del máximo nivel operativo. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia tiene a su cargo la coordinación de las acciones de prevención y a través del programa DIF previene y atiende las necesidades de los adolescentes. El Centro Contra las Adicciones realizó acciones preventivas que impactaron a 10 mil personas entre los 10 y 30 años de edad. La Asociación Nacional de Padres de Familia realiza pláticas, cursos y otras actividades para la prevención de las adicciones.

El Centro de Estudios sobre el Alcohol y el Alcoholismo se ocupa del estudio y la prevención a través de la educación sobre los problemas relacionados con el abuso de bebidas alcohólicas. Los Consejos Estatales contra las Adicciones se coordinan para apoyar e implantar las acciones encaminadas a la prevención y disminución del consumo.

En cuanto al área de **Atención**, la Secretaría de Salud proporciona un tipo de atención que se ofrece a las unidades de atención, por lo general, se limita a la

desintoxicación y al tratamiento de complicaciones médicas. El Instituto Mexicano del Seguro Social otorga atención médica integral.

El Departamento del Distrito Federal instaura a partir de 1985 cuatro módulos de atención toxicológica en sus respectivos Hospitales Generales. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia cuenta con un programa cuya prioridad es la atención del alcoholismo por su prevalencia e incidencia en la población.

Con respecto a la **Investigación y Enseñanza**, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Epidemiología se encarga de organizar y coordinar a las instituciones vinculadas al problema para obtener, procesar y generar información epidemiológica; la Dirección General de Control Sanitario de Bienes y Servicios lleva a cabo la cuantificación de los establecimientos relacionados con la distribución de bebidas alcohólicas en el D.F.; el Instituto Mexicano de Psiquiatría desarrolla estudios en diferentes tipos de población y metodologías para conocer la prevalencia, patrones de consumo y los problemas psiquiátricos que ocasionan, así como las repercusiones familiares y sociales y en cuanto a enseñanza y capacitación ofrece cursos de actualización y capacitación a los médicos y al personal de salud mental para su mejor formación y perfeccionamiento. el Consejo Nacional contra las Adicciones en el campo de la investigación ha conformado un comité de expertos que representan las diversas áreas del conocimiento en el campo de las adicciones que evalúa y orienta los proyectos de investigación

La Secretaría de Educación Pública por medio de la Dirección General de Educación Extraescolar capacita a agentes educativos con el objetivo de proporcionar conocimientos técnico-científicos para que gestionen acciones

sociales de prevención. El Instituto Mexicano del Seguro Social, forma, capacita y desarrolla personal para la atención a la salud y realiza investigación médica. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado organiza cursos de capacitación para el personal médico así como seminarios y talleres de análisis y actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación de bebedores problema

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia destaca la realización de proyectos para estudiar la dependencia, los grupos de auto-ayuda y hábitos en el consumo, lo cual ayudará en la realización de actividades preventivas y de tratamiento, y en el área de enseñanza se diseñan cursos orientados a la prevención, actividades de capacitación, sensibilización e información.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) envía al personal académico a tomar cursos sobre problemas relacionados con las adicciones. El Centro de Estudios sobre el Alcohol y Alcoholismo ha realizado varias publicaciones y algunas investigaciones sociales y científicas. La Fundación de Investigaciones Sociales realiza actividades de investigación y ha publicado dos obras.

Y en lo que se refiere al **Tratamiento** de los bebedores excesivos, la Secretaría de Salud a través del Instituto Mexicano de Psiquiatría cuenta con un Centro de Ayuda para el Alcohólico y sus Familiares (C.A.A.F) que presta servicios de consulta externa con un modelo médico psicológico que opera desde 1977. El Instituto Mexicano del Seguro Social sus acciones se dirigen principalmente a la prevención primaria y tratamiento que comprenda un diagnóstico precoz y que sea para la rehabilitación

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia a través del programa ISAME-DIF brinda la atención al adicto y a su familia, en varios niveles: la orientación a padres, la terapia individual, grupal y familiar y la psicofarmacoterapia, esto lo desarrollan grupos multidisciplinarios de una manera interdisciplinaria.

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en la Facultad de Medicina, en el Departamento de Salud Mental cuenta con una Clínica de Depresión y se brinda Psicoterapia de Grupos a alcohólicos y farmacodependientes.

Alcohólicos Anónimos funciona con base en sus programas y cuenta con la colaboración de otras instituciones como Al-Anon, Al-teen, el Instituto Nacional de la Senectud y otros organismos de carácter privado. La Fundación "Ama la Vida", Centro contra las Adicciones cuenta con un Programa de Consulta Externa, Hospital de Medio Día, Clínica de tabaquismo y un Grupo de Auto-ayuda para adicciones múltiples.

A través del análisis de los servicios que ofrecen estos programas de tratamiento para el consumo excesivo de alcohol, se detecta que han puesto mayor énfasis en el tratamiento de una pequeña muestra de la población que presenta este problema, al intervenir en sujetos con dependencia severa al alcohol, ignorándose consecuentemente a otra parte de la población todavía más amplia e importante aquellos que abusan de las bebidas alcohólicas pero sin presentar una dependencia severa. Según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, la frecuencia total de dependientes fue del 9.4%, es decir poco más de 3,000,000 personas de edad adulta presentaron 3 ó más síntomas considerados como indicadores de dependencia al alcohol, por otro lado se encuentra el grupo

denominado de "alto riesgo potencial" representado por el 26.1% e integrado por los bebedores moderados de alto nivel (12.8%), los bebedores frecuentes de alto nivel (5.9%) y los bebedores consuetudinarios (7.4%).

Sin embargo el patrón de consumo más frecuente en México es aquel que se caracteriza por ser esporádico pero excesivo, que consiste en tener periodos largos de abstinencia o bien un consumo moderado no problemático con episodios de consumo excesivo causando graves consecuencias, siendo éste patrón el que caracteriza a un bebedor problema (26.1%. Encuesta Nacional de Adicciones, 1993).

El bebedor problema es aquella persona que tiene problemas por su consumo pero no ha experimentado los síntomas graves de la abstinencia. La frecuencia de los bebedores problema se presenta en un número superior al de bebedores con dependencia severa en una tasa que va de 3 a 1, hasta casi de 7 a 1. (Ayala, H. Gutiérrez, M. "Una Revisión de Programas de Tratamiento para el Consumo Excesivo de Alcohol". CONADIC, 1993).

Los Programas de Tratamiento para esta población no han tenido el éxito deseado ya que utilizan los mismos procedimientos que para los casos más severos, es decir. la meta del tratamiento esta orientada a la abstinencia que al parecer los bebedores problema no están dispuestos a seguir, pues parecen beneficiarse más con tratamientos breves de consulta externa, que con tratamientos intensos y residenciales. Dichos usuarios se interesan más en moderar su consumo que en dejar de beber del todo, sin importarles los consejos que reciben durante la terapia. Aún con esta creciente evidencia, existe una gran ausencia de servicios clínicos para esta población. Una característica de todos estos servicios es la falta de control sobre los resultados debido a que unicamente proporcionan servicio y no realizan investigación

En el año de 1993 una nueva aproximación prometedora para dicha población es la moderación como meta, ya que se ha encontrado que bajo condiciones ambientales controladas los bebedores problema pueden limitar su consumo. En este tipo de programas las personas participan directamente en su tratamiento a través de la relación terapeuta-usuario para el establecimiento de metas que tengan como características el ser flexibles y realistas, incrementando de esta manera su nivel de motivación y la probabilidad de obtener resultados más efectivos a largo plazo.

El Programa de Auto-control Dirigido, desarrollado por los doctores Mark y Linda Sobell en la Fundación para la Investigación de las Adicciones en Toronto, Canadá, se caracteriza por ser un proceso de tratamiento "efectivo y menos restrictivo" que está diseñado para ayudar al bebedor a controlar su consumo. Su aplicación en México incorpora algunas variaciones de acuerdo a las condiciones y contingencias locales. El programa presenta las siguientes características:

- 1) Es un programa motivacional para bebedores problema que no dependen físicamente del alcohol y que desean modificar su consumo.
- 2) Usualmente se ofrece en una modalidad de consulta externa.
- 3) Es de fácil adaptación a una variedad de modalidades de aplicación incluyendo la grupal, la individual y la biblioterapia.

Se denomina de Auto-control porque los usuarios establecen sus propias metas de tratamiento (con la asesoría del terapeuta de acuerdo a los límites razonables y contraindicaciones médicas del consumo) bajo la suposición de que si ellos

mismos determinan el resultado del tratamiento se sentirán más comprometidos con la meta que si ésta es establecida unicamente por el terapeuta. Es decir, el objetivo general es ayudar al usuario a analizar su propio consumo y a desarrollar e implementar sus propios planes para modificarlo.

COMPONENTES DEL MODELO:

A - El involucramiento del usuario en la planeación del tratamiento es esencial para desarrollar un plan útil y significativo por las siguientes razones: 1) el usuario puede dar a su terapeuta información valiosa acerca de la factibilidad, deseabilidad y facilidad con lo cual las diversas estrategias de tratamiento pueden ser implementadas, 2) en la etapa inicial del tratamiento, la inclusión del usuario puede facilitar su participación constante, 3) la inclusión de los usuarios en su plan de tratamiento, a corto y largo plazo, son acordadas mutuamente. Las metas a corto plazo son una serie de pequeños objetivos operacionalizados, que al lograrlos, pueden ser medidos y crean un escaionamiento de progreso hacia la meta a largo plazo.

B - Las interacciones usuario-entorno, sugieren que ciertos factores de entorno son determinantes para obtener resultados exitosos (Ogborne, Sobell y Sobell, 1985). La literatura señala que un entorno de apoyo social está asociado con resultados positivos, así como la planeación del tratamiento considera que los factores de entorno podrían mejorar los efectos del tratamiento y que las interacciones individuo-entorno implican un análisis acerca de cómo el individuo codifica y reacciona ante su entorno (Mischell, 1973).

C.- La utilización de los recursos del usuario se refiere al desarrollo de metas de tratamiento basadas en éstos, que permiten identificar habilidades de afrontamiento personalizadas y efectivas para promover cambios conductuales. Con este propósito Taylor y cols. (1982) señalan que se debe acumular información evaluativa acerca de: 1) las maneras en las cuales la persona funciona bien actualmente o en las cuales ha funcionado bien previamente, 2) recursos interpersonales (ejemplo: habilidades de afrontamiento) y redes de apoyo social (ejemplo: cónyuge, amigos, relaciones), 3) agencias y otras profesiones de ayuda que podrían emplearse en la planificación del tratamiento y su seguimiento después del tratamiento y 4) la responsividad del usuario al tratamiento.

D.- El monitoreo del progreso durante la terapia se refiere a la conceptualización de la evaluación como un componente paralelo a todo el proceso de tratamiento que proporciona información valiosa acerca de eventos nuevos que ocurren durante el tratamiento y que proporcionan un esquema para evaluar el plan de tratamiento.

E.- Incremento de la motivación para el cambio. Este componente señala la motivación como un proceso dinámico interpersonal que involucra al terapeuta, usuario y medio ambiente (Miller, 1985). Las estrategias para incrementar la motivación incluyen: 1) cambio en el consumo, 2) establecimiento de metas definiendo objetivos específicos y alcanzables, y 3) la utilización de apoyos sociales para mejorar o mantener cambios.

F.- Procesos de recaída y recuperación. Este componente incorpora al tratamiento la prevención de recaídas, que enfatiza: 1) la identificación de situaciones que representan un alto riesgo de recaída y preparan al usuario a tratar efectivamente con esas situaciones, 2) el entrenamiento del usuario para

tratar constructivamente las recaídas que pueden ocurrir para minimizar consecuencias adversas y 3) el enseñar al usuario a considerar la recaída como una experiencia de aprendizaje en lugar de una falla personal importante (Marlatt y Gordon, 1985).

G.- Terminación del tratamiento. El principio del modelamiento es utilizado para evaluar el mantenimiento de los efectos terapéuticos, así como también para facilitar la terminación del tratamiento. Este concepto de terminar gradualmente el tratamiento extendiendo el intervalo entre sesiones proporciona un criterio con base en la ejecución para dar por terminado el tratamiento, y la terminación formal del tratamiento en este modelo resulta de la decisión mutua del terapeuta y el usuario.

Sesiones de Tratamiento.- El programa contempla cuatro sesiones de tratamiento, las cuales se llevan a cabo individualmente o en grupos de cuatro a diez personas.

Para ingresar al tratamiento se deben considerar los siguientes criterios de pre-selección:

- Mayor de 18 años, menor de 65.
- Leer y escribir en español.
- Domicilio permanente.
- Sin alucinaciones, convulsiones y/o delirio tremens.
- Sin daño orgánico (Prueba PISTAS).
- No usar heroína, ni drogas inyectadas
- No acude a otro tratamiento de salud mental.

**DIAGRAMA DEL TRATAMIENTO DE AUTO-CONTROL DIRIGIDO PARA
BEBEDORES PROBLEMA**

EVALUACION INICIAL	TRATAMIENTO	SEGUIMIENTO
<p>ADMISION:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar BEDA (Escala de Dependencia al Alcohol). - Explicar tratamiento. <p>DURACION: 1 hr.</p> <p>ENTREVISTA INICIAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar Prueba de Pistas. - Firma carta Colateral. - Aplicar Entrevista Inicial. - Explicar Trago Estándar. - Aplicar LIBARE. - Aplicar ISCA. - Aplicar CCS. - Entregar carpeta: Lectura y Tarea 1 y Auto-monitoreo. <p>DURACION: 2 hrs.</p>	<p>1ª SESION.</p> <p>TAREA 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balance decisonal y razones para cambiar. - 1er. Establecimiento de metas. - Entrega de lectura y tarea 2. <p>DURACION: 1 hr.</p> <p>2ª SESION.</p> <p>TAREA 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situaciones de riesgo. - Montaña de la recuperación. - Entrega de lectura y tarea 3. <p>DURACION: 1 hr.</p> <p>3ª SESION.</p> <p>TAREA 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Opciones para la solución del problema. - Acciones para situaciones de riesgo. - 2º establecimiento de metas. - Práctica de sus opciones. <p>DURACION: 1 hr.</p> <p>4ª SESION.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión del progreso. - Discutir posibles sesiones adicionales. - Discutir éxito en el mantenimiento del cambio. <p>DURACION: 1 hr.</p>	<p>A 1 Y 3 MESES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión del progreso. - Discutir éxito en el mantenimiento del cambio. <p>A 6 MESES</p> <p>Aplicar al usuario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista. - CCS. - Tasa de Mejoría Global. - LIBARE (6 meses).

En las primeras sesiones se pretende que el usuario identifique situaciones de alto riesgo de consumo excesivo así como las consecuencias relacionadas a éste y en las últimas sesiones se pretende que el usuario desarrolle estrategias para manejar esas situaciones.

La **primera sesión** se lleva a cabo siete días después de la evaluación y su objetivo es el que el usuario evalúe los pros y los contras que experimenta por su consumo excesivo de alcohol y que identifique los pros y los contras que acompañarían a un cambio en el consumo.

En la **segunda sesión** el usuario debe identificar los factores que desencadenan su consumo excesivo, así como las consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo y se plantea la recuperación como una perspectiva a largo plazo.

En la **tercera sesión** se describe una estrategia básica de solución de problemas. Esto se hace con el fin de que el usuario relacione la estrategia con situaciones de consumo excesivo por medio del desarrollo de un plan de acción de conductas alternativas para esas situaciones. Así mismo, se identifican sus propios recursos (estilos de afrontamiento efectivos y recursos sociales disponibles) que podrán utilizar para cambiar su conducta.

En la **cuarta sesión** se revisan situaciones futuras de alto riesgo y se revisan planes de acción para ellas. Se señala la importancia de lograr un resultado exitoso a largo plazo y se establece el compromiso de llevar a cabo sesiones adicionales en el caso de que se solicite, así como el seguimiento por parte de los terapeutas de los avances logrados a través del tiempo.

Las **tareas** tienen como objetivo las contesten para que identifiquen las situaciones antecedentes a su consumo para que después sean capaces de desarrollar sus propios planes de acción para situaciones similares futuras.

Las **lecturas** tienen como propósito informar a los usuarios de los diferentes términos que se utilizan a lo largo del programa de tal forma que sea comprensible para ellos y puedan analizar sus propias situaciones de consumo y también para que utilicen la técnica de resolución de problemas en el consumo de alcohol.

El Tratamiento de Auto-control Dirigido inicia su proceso en la Evaluación, siendo una guía para el tratamiento donde no sólo se reúne información, sino es una labor compleja que requiere de una medición detallada de la conducta del usuario para poder establecer estrategias y metas adecuadas para el tratamiento.

Uno de los aspectos importantes que es necesario considerar, al desarrollar un programa de conductas adictivas, es el de llevar a cabo una evaluación conductual objetiva, ya que proporciona información útil para varios propósitos:

- 1 Si los problemas relacionados con el consumo de alcohol varían individualmente, es necesario analizar las variables psicológicas, fisiológicas, sociales, etc. y su interacción con la conducta consumo.
- 2 Se debe realizar una evaluación objetiva, con el fin de planear las estrategias y metas de tratamiento.

- 3 Los problemas detectados durante la evaluación, serán útiles para seleccionar el orden de atención durante el tratamiento.
4. Este tipo de evaluación permite medir los efectos a corto y a largo plazo de tratamiento, con el fin de evaluar su efectividad.
5. Esta sesión de Evaluación para el usuario representa una guía integral de su tratamiento como una intervención motivacional, es un procedimiento que no es típico en otros tratamientos; ya que tiene una característica distintiva de una buena evaluación clínica en el problema de alcohol, reuniendo información y factores socio-demográficos, la historia de bebedores problema, sus patrones de conducta, consecuencias y la ingestión de otras sustancias.

La evaluación conductual es considerada como un proceso continuo e interactivo que ocurre antes, durante y después del tratamiento (Mash & Terdal, 1976 cit. Sobell, L. Sobell, M).

En resumen, las características centrales de este tratamiento conductual son: a) técnicas de auto-control (v.g. auto-monitoreo del consumo, auto-selección de metas de tratamiento y biblioterapia); b) análisis funcional del beber (v.g. identificación de los antecedentes y consecuentes de situaciones de beber de bajo riesgo y alto riesgo); c) reestructuración cognoscitiva; d) desarrollo de las estrategias de afrontamiento para manejar situaciones de alto riesgo de ingestión y e) una evaluación conductual objetiva. Este tratamiento esta basado en la Teoría del Aprendizaje Social, razón por la que se explicará en el siguiente capítulo que tiene como título Teoría del Aprendizaje Social.

III. TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

La Teoría del Aprendizaje Social puede ser considerada como una teoría interaccionista ya que propone que los factores personales, ambientales y conductuales son elementos que se relacionan mutuamente; la causalidad existe y es multidireccional entre estos factores. Las influencias ejercidas por estos factores interdependientes son asumidas para interferir en diferentes escenarios y para diferentes conductas. Este modelo de función causal recíproca es llamado Determinismo Recíproco.

La conducta debe ser estudiada y explicada adecuadamente con sólo observar variaciones simultáneas entre las conductas y las disposiciones personales y ambientales a través del tiempo.

La Teoría del Aprendizaje Social se inclina hacia la idea de que el aprendizaje ocurre por experimentar los efectos de la conducta o por el apareamiento repelido de estímulos y respuesta. La teoría asigna prominencia a lo cognitivo - " factores personales " - al explicar el aprendizaje y la conducta (Bandura, 1977).

La Teoría del Aprendizaje Social en el campo de las adicciones difiere de las teorías tradicionales de adicción que se enfocan en un modelo de enfermedad médica enfatizando la farmacología propiedades - psicológicas del alcohol y sus efectos - (Collins y Martatt, 1983). El énfasis primario de las teorías biológicas es un proceso bioquímico incontrolable donde el individuo adicto es considerado como una víctima desamparada de la enfermedad y los agentes químicos.

La disponibilidad a las drogas, aún a las más pequeñas cantidades resultan en una inevitable " pérdida de control " sobre la conducta. Reconocen también la importancia de las diferencias individuales (ejem. Genética y rasgos de personalidad) su énfasis está en los procesos que están más allá del control volitivo en un " organismo pasivo".

El modelo de Aprendizaje Social también reconoce los factores biológicos como condiciones predisponentes que modulan el aprendizaje y la conducta. Sin embargo los principios asumen una orientación adaptativa debido a las acciones cognitivas, tales como anticipación, expectación, memoria acerca de la historia del abuso y modelamiento juegan un rol primario como determinantes de la conducta. Un individuo elige beber alcohol para obtener resultados específicos y puede elegir usar otro, más adaptativo o menos dañino para lograr sus objetivos.

La perspectiva de la Teoría del Aprendizaje Social enfatiza una interacción multideterminada entre variables biológicas, ambientales y otras orgánicas (cognitivo-emocional y psicofisiológicas), también hace hincapié en cómo los factores biológicos-bioquímicos pueden influir en las percepciones del individuo e intentos para iniciar métodos alternativos de enfrentamiento para prevenir las recaídas

PRINCIPIOS IMPORTANTES DE LA TEORIA DEL APRENDIZAJE SOCIAL EN EL USO Y ABUSO DEL ALCOHOL.

1.- Aprender a beber alcohol es una parte integral del desarrollo psico-social y la

socialización dentro de una cultura. Las conductas de consumo entre los jóvenes, sus creencias, actitudes y expectativas concernientes al alcohol se forman principalmente a través de las influencias sociales de la cultura, la familia y los semejantes. Mucho del aprendizaje se forma antes de que el niño o el joven adolescente consuma alcohol. Esta influencia se ejerce indirectamente por actitudes expectativas, creencias y directamente por el modelamiento del consumo de alcohol, representaciones de beber y reforzamiento social de la conducta de beber. La influencia de agentes socializantes puede ser necesaria, pero no es suficiente para explicar el desarrollo del abuso y la dependencia del alcohol.

2.- Factores predisponentes de las diferencias individuales pueden interactuar con la influencia de agentes socializantes y situaciones que determinan patrones iniciales del consumo de alcohol. Estas diferencias individuales pueden ser biológicas y/o psicológicas por naturaleza, y pueden ser heredadas y/o adquiridas. Los factores genéticos y farmacológicos pueden incrementar el riesgo del abuso de alcohol en individuos vulnerables. Los factores psicosociales incluyen déficits o excesos en las habilidades, como incompetencia social o dificultad al manejar emociones negativas. La ausencia de los modelos de consumo moderado o la presencia de los modelos de consumo excesivo pueden también resultar riesgos altos de abuso de alcohol.

3.- Experiencias directas con el alcohol llegan a incrementar en forma importante como desarrollo y experimentación con el continuo del alcohol. El uso de alcohol continuo es reforzado negativamente por otros factores como reducir la tensión y reforzado positivamente por factores como sus propiedades eufóricas y el aumento de interacción social. Estos efectos son mediados fuertemente por las expectativas aprendidas socialmente las cuales pueden ser el determinante predominante de los efectos, especialmente en dosis bajas.

4.- Cualquier factor de diferencia individual predisponente (o una combinación de factores) interactúa con una demanda situacional actual para agobiar la capacidad de un individuo para enfrentarse efectivamente, la percepción de la eficacia de la persona se reduce y el abuso de alcohol puede ocurrir más del uso normal. Un individuo ha aprendido (expectativas de resultado positivo) que el consumo de alcohol provee al menos un método a corto plazo de enfrentarse con las demandas de una situación o resulta del alivio de consecuencias aversivas. La probabilidad de que continúe consumiendo es alta si un individuo es incapaz de aprender a desarrollar alternativas, más adaptativas para enfrentar la carencia de las habilidades. Debido a esto, un déficit en las habilidades psicosociales de enfrentamiento (predisposición) en el aspecto de un cambio externo puede poner a prueba la percepción de la eficacia, dirigiéndose a un decremento en la fuerza y la duración de esfuerzos alternativos de enfrentamiento. Y si, el individuo, a través de expectativas aprendidas o experiencias directas (o ambas) espera que el alcohol produzca un resultado deseado, el uso del alcohol tenderá a continuar.

En esencia, los determinantes más importantes del consumo de bebidas alcohólicas se caracterizan, de acuerdo a la Teoría del Aprendizaje Social, por un alto grado de esfuerzo debido a :

a) estresores ambientales que exceden la capacidad de enfrentamiento, b) baja auto-eficacia para conductas alternativas de enfrentamiento, c) altas expectativas de resultado de que el alcohol producirá los resultados deseados y d) minimizar las consecuencias negativas a largo plazo. Dependiendo de la severidad de las demandas ambientales, la disponibilidad del alcohol y el repertorio de habilidades alternativas de enfrentamiento, pueden ocurrir episodios de consumo excesivo. En el consumo normal, el individuo asume que tiene un adecuado auto-control y retrasa la capacidad de gratificación por lo que las formas alternativas de enfrentamiento pueden ser fácilmente elegidas a pesar de ser menos inmediatas, menos poderosas y de no producir "un rápido efecto" como el alcohol

5.- Si el uso del alcohol es continuo, se adquiere tolerancia a las propiedades directas y de reforzamiento; mismas que actuarán hacia la promoción de la ingesta de grandes cantidades para realizar los mismos efectos que fueron previamente alcanzados con pequeñas cantidades. Debido a ésto, la tolerancia adquirida a los efectos directos del alcohol puede, en parte, determinarse por factores heredados biológicamente.

6.- Si el sujeto aumenta su nivel de consumo de alcohol, y realliza un consumo continuo durante un buen tiempo, incrementa el riesgo para desarrollar dependencia física y/o psicológica. El consumo de alcohol puede ser reforzado negativamente por evitación de síntomas de abandono asociados con períodos agudos de abstinencia. La dependencia psicológica puede también motivar el abuso del alcohol. El individuo depende del alcohol, como el único método de enfrentarse con sus problemas psicosociales, como la ansiedad social y los déficits de habilidades sociales.

Las señales ambientales como la vista y el olor al alcohol pueden por sí mismas producir "demandas ambientales" (ejemplo: convertirse en un estímulo que resulta en una forma de cruda cognitiva experimentada como un fuerte deseo o urgencia por beber).

7.- En el abuso de alcohol, no resultarán únicamente variables biológicas, ambientales y psicológicas. Cualquier episodio de abuso de alcohol tiene consecuencias sociales e individuales recíprocas que pueden exacerbar más la bebida, estableciendo un incremento en el estrés y forzar a una persona a continuar bebiendo -interacciones ambientales. Por un lado, el individuo llega a incrementar la dependencia en el alcohol para conseguir resultados positivos a corto plazo.

Las conductas de beber que se repiten a menudo resultan en consecuencias sociales indeseables como agresividad, pérdida de empleo, divorcio. El bebedor problema severo o el alcohólico se queda sólo o con pobres modelos de consumo (otros compañeros bebedores) y con un limitado e inflexible conjunto de métodos alternativos de enfrentamiento.

Debido a ésto, el determinismo recíproco predice que las reacciones de otros en el ambiente (para evitar el alcohol) también resultarán en incremento de estrés, pérdida de apoyo social y más adelante un decremento en la auto-eficacia y en la capacidad de enfrentamiento. Por ello la pérdida de apoyo social se dirige hacia una dificultad incrementada de enfrentamiento con estresores ambientales, los cuales, cada uno a su vez, resultarán en consumo con alivio a corto-plazo pero después con pérdida de apoyo social, etc. Un círculo vicioso de personas negativas -interacciones ambientales se producen. Las consecuencias negativas son recíprocamente mantenidas hasta que alcanza un punto de crisis, como cuando el alcoholismo es lo suficientemente severo para que intervengan otras instituciones (policía, sistema médico, centros de rehabilitación).

Es importante hacer notar que el determinismo recíproco puede explicar el poderoso proceso de "pérdida de control" sin necesariamente recurrir a un proceso de enfermedad biológica fundamental y a la suposición de un individuo que es "alérgico" al alcohol.

8.- La influencia de estos factores sociales, situacionales e intraindividuales en el consumo de alcohol variarán ambos, entre individuos y dentro de los individuos con el paso del tiempo. La influencia de cualquier factor o combinación de factores es también pensada para aplicarse a un rango del consumo de alcohol; de la abstinencia a una bebida social controlada, a través de problemas de

bebida episódicos y dependencia al alcohol. De esta manera, se asume que no hay una combinación necesaria de factores requeridos para producir un bebedor problema o alcoholico (ejemplo: personalidad no alcohólica, marcador genético simple o estresor ambiental) y no progresión inexorable a través de las "etapas" claramente definidas del alcoholismo. Se asume que existen múltiples caminos bio-psico-sociales para el uso, abuso y recuperación del alcohol, subjetivo a los principios del aprendizaje social.

9.- El individuo debe adquirir alternativas prácticas y exitosas de habilidades intra e interpersonales para desarrollar niveles de auto-eficacia lo suficientemente altos para resistir las situaciones demandantes. El individuo debe de ser más auto-reflexivo para identificar los riesgos ambientales (ejemplo: una fiesta) o personales (ejemplo: mal humor) antecedentes de bebida. El individuo debe adquirir la auto-regulación y el retraso de habilidades de gratificación que permitirán una mejor toma de decisiones acerca del uso de alcohol deben de ser reemplazadas por un conjunto de expectativas más balanceado incluyendo las consecuencias negativas a largo plazo.

Aquellos con problemas de bebida particularmente severos y predispuestos a factores de riesgo son probablemente mejores al tomar una decisión de abstinencia. Otros individuos pueden 'perder' su problema o experimentar sólo breves episodios del consumo problemático. Algunos pueden ser capaces de recurrir a la bebida controlada pero los perfiles individuales específicos y las conductas que serán dominadas deben establecerse claramente para este subgrupo (Heather y Robertson, 1983). La tesis central de la Teoría del Aprendizaje Social del uso de alcohol es que el consumo responsable de alcohol depende de la auto-regulación cognitiva en un mundo estresante.

AUTO-EFICACIA

La Teoría del Aprendizaje Social asigna una importancia central al mecanismo de **Auto-eficacia** al explicar cómo el pensamiento afecta la acción y cómo los patrones de conducta son seleccionados por el individuo (Bandura, 1977a, 1982). La auto-eficacia se define como un proceso cognitivo, ya que se refiere a una percepción o juicio acerca de nuestras capacidades para ejecutar o enfrentarnos a situaciones particulares de alto riesgo, una situación de alto riesgo se define como cualquier situación que posea un riesgo o una amenaza a la percepción de control del individuo. Bandura diferencia la auto-eficacia de los conceptos relacionados como la auto-estima o el auto-concepto (Rogers, 1959, Wylre, 1974) al notar que el término tiene que ver con la función de competencia percibida en situaciones específicas, en tanto que los términos se refieren a una auto-imagen global en una gran variedad de situaciones.

De acuerdo a la teoría de auto-eficacia los cambios conductuales producidos por diferentes tipos de tratamiento son mediados por un mecanismo cognitivo común: las expectativas de auto-eficacia.

La teoría de la auto-eficacia postula que las expectativas son procesos cognitivos involucrados en la iniciación y el mantenimiento de la conducta cambiante y la teoría proporciona una estructura para el desarrollo de estrategias diseñadas para incrementar la durabilidad del cambio conductual.

De acuerdo a esta teoría el cambio de las expectativas de eficacia es el proceso cognitivo fundamental en todos los cambios. Sin embargo, Bandura (1986) distingue dos clases de expectativas: las expectativas de eficacia que se

refieren a ' la convicción de que uno puede ejecutar exitosamente la conducta requerida para producir resultados" y las expectativas de resultado son ' la estimación de una persona de que una conducta dada llevará a ciertas consecuencias probables. Señala que 'los individuos pueden creer que el transcurso de una acción particular producirá ciertos resultados, pero si ellos mantienen serias dudas acerca de si pueden funcionar en tales actividades necesarias, la información no influye en su conducta. (1977b, p. 1993).

Bandura (1984,1986) postula una relación conductual cercana entre los conceptos arriba mencionados, estableciendo que los tipos de resultados que la gente anticipa dependen de sus juicios qué tan bien serán ellos capaces de funcionar en ciertas situaciones, es decir, que los resultados esperados son altamente dependientes de los juicios de auto-eficacia.

Las expectativas de eficacia reflejan la estimación del dominio del individuo al tener las suficientes habilidades requeridas para enfrentarse con una situación específica. Los juicios de eficacia están pensados para influir la elección de las acciones, el esfuerzo dedicado, la perseverancia en el transcurso de una acción, las atribuciones para éxitos y fracasos, calidad y la fuerza de las reacciones emocionales durante la anticipación de un evento y funcionamiento en la situación

Para explicar la relación entre las expectativas de eficacia y de resultado, en la literatura se han propuesto tres modelos de conducta:

1) Teoría de auto-eficacia (Bandura, 1977; Annis, 1986) . De acuerdo a este modelo, las expectativas de eficacia son los mejores predictores de la conducta

de beber en el futuro.

Las expectativas de resultado y de eficacia son independientes. Las expectativas de resultado que añaden poco a la predicción de la conducta de beber en el futuro.

2) Teoría de auto-eficacia "Ampliada" (Teasdale, 1978; Kazdin, 1978; Rosenthal, 1978). Esta teoría propone que la relación entre expectativas de resultado y de eficacia puede ser la mejor combinación para una mejor predicción de la conducta que cualquiera sola.

3) Modelo de eficacia personal (Saltzer, 1982). Una relación multiplicativa es propuesta entre la expectativa de resultado, la expectativa de eficacia. Si el valor de cualquiera de estos factores es cero, el cambio de la conducta no ocurrirá.

De acuerdo a Bandura, los juicios de auto-eficacia están basados en varias fuentes de información, como lo son: Sus propias realizaciones de actos, la observación vicaria de la ejecución de otros, la influencia de la persuasión externa o la influencia social y los estados de despertar emocional, los cuales a continuación se explican más ampliamente:

En términos de prevención de recaídas, la fuerza más importante de información para inferir los juicios de auto-eficacia concierne a la realización de actos del individuo: - los éxitos y fracasos experimentados al enfrentarse con situaciones de alto riesgo. Las experiencias vicarias también influyen en los juicio de auto-eficacia relacionados con la habilidad para modificar los hábitos adictivos. El

observar los éxitos o los fracasos de los demás puede tener una influencia considerable. El modelamiento es factor importante en los programas de entrenamiento de habilidades, modelos competentes pueden enseñar a los observadores estrategias efectivas para enfrentarse con situaciones de alto riesgo. La tercera fuente de información es la persuasión social, que es probablemente la menos efectiva para aumentar la Auto-eficacia en cuanto al control de hábitos. Aunque un individuo puede ser motivado a dejar de fumar por una exposición repetida a la presión y a la desaprobación, esta información, probablemente tendrá poco impacto en los juicios de eficacia relacionados con la capacidad de mantenerse en abstinencia.

La fuente de información final de eficacia es el despertar fisiológico (despertar emocional), el cual ejerce una influencia importante para que la gente dependa de su estado de despertar físico al enjuiciar sus capacidades para responder al estrés. " Porque el despertar usualmente debilita la función y los individuos tienen más probabilidades de esperar éxito cuando no está obstruidos o bloqueados por un despertar aversivo, que si ellos están tensos o emocionalmente agitados. (Bandura, 1981,p.204). Ya que la mayoría de las situaciones de alto riesgo para la recaída son emocionalmente estresantes, ellas poseen serias amenazas a la percepción de control del individuo.

Bandura (1977a,1982) refiere que los juicios de eficacia influyen en la elección de las actividades, el esfuerzo dedicado, la perseverancia en el transcurso de la actividad, las atribuciones para los éxitos o fracasos, calidad y fuerza de las reacciones emocionales durante la anticipación de un evento y funcionamiento en la situación actual. Los juicios de eficacia influyen directamente en las habilidades de aprendizaje preparatorio e influyen en nuestra capacidad de resistir los fracasos.

Bandura (1981,1982), establece que la eficacia percibida puede tener diversos efectos en la conducta a través de patrones y el despertar emocional. Los juicios de eficacia influyen en la elección de actividades de la gente que evita situaciones porque piensan que exceden sus capacidades y buscan actividades donde ellos se sientan competentes.

El esfuerzo realizado en una situación dada también se determina por juicios de auto-eficacia. "La gente que tiene serias dudas acerca de sus capacidades renuncia a sus esfuerzos, mientras que aquellos que tienen un fuerte sentido de auto-eficacia hacen mayores esfuerzos por dirigir los cambios" (Bandura,1981p.201).

Los sentimientos y los pensamientos también son afectados por la auto-eficacia. Un individuo con baja auto-eficacia en una tarea o situación particular tiene más probabilidades de auto-evaluarse inadecuadamente y percibir la tarea más difícil de lo que realmente es. La gente con un fuerte sentido de eficacia es capaz de ejercer sus habilidades a las demandas de la tarea sin dudas excesivas o auto-valoraciones negativas.

AUTO-EFICACIA Y ENFRENTAMIENTO EN SITUACIONES DE ALTO RIESGO.

Como se mencionó anteriormente la auto-eficacia se refiere a los juicios o expectativas acerca de nuestras capacidades para enfrentarnos a situaciones específicas de alto riesgo. Una situación de alto riesgo se define como cualquier situación que posea un riesgo o amenaza a la percepción de control del individuo.

La percepción de control o la auto-eficacia significa el sentido subjetivo de dominio o control de la persona sobre tentaciones o deseos de comprometerse en la conducta cuestionable. Cuando ocurre una situación de alto riesgo existe un conflicto entre el deseo por mantener el control y la tentación opuesta de ceder al impulso. La auto-eficacia es concerniente a la habilidad percibida de una persona para ejecutar respuestas de enfrentamiento en situaciones de alto riesgo y no con la habilidad general para ejercitar la fuerza de voluntad contra la tentación.

Las experiencias repetidas de éxitos fortalecen la auto-eficacia y reducen el riesgo de que un fracaso ocasional precipite una recaída. Bandura (1981) hace notar que lo extenso del incremento en la auto-eficacia se asocia con la ejecución exitosa y depende de factores como: la dificultad percibida de la tarea, la cantidad de esfuerzo realizado, el grado de ayuda externa recibida y las circunstancias situacionales bajo las cuales la respuesta es ejecutada.

Si un individuo falla al enfrentarse con una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaída aumenta. La capacidad percibida para enfrentarse a la situación a menudo disminuye. Esto puede ser aún más pronunciado para aquellos individuos que dependen de su "fuerza de voluntad" como único medio para enfrentar situaciones de conflicto, ya que no hay nada que puedan "hacer" para enfrentarlas. Puede haber un pensamiento de fracaso o desesperanza, cuando la situación se torna "fuera de control". Si el individuo asocia al cigarro, la bebida o una conducta específica con la idea de que es una manera efectiva de aliviar el estrés y el desconfort experimentado en la situación de alto riesgo (incluyendo sentimientos de desamparo o baja auto-eficacia) incrementa la probabilidad de recaída.

LA AUTO-EFICACIA EN EL PROCESO DE TRATAMIENTO

La Teoría de la auto-eficacia se ha aplicado para el diseño de estrategias de tratamiento para personas que tienen problemas con su consumo de alcohol. Planear el tratamiento comienza con un microanálisis altamente individualizado de la conducta de beber del usuario dentro de las situaciones de alto riesgo de recaída. Se evalúan tres elementos centrales: situaciones de alto riesgo para la recaída, cogniciones asociadas con una ejecución ya realizadas en situaciones de alto riesgo y expectativas de eficacia. Con base en la evaluación se hizo un diseño de asignación de tareas para que los usuarios las llevaran a cabo.

A lo largo del tratamiento, la evaluación y el planeamiento del tratamiento permanecen altamente interrelacionados; en donde el terapeuta monitorea las expectativas de eficacia de los usuarios y las cogniciones asociadas con situaciones de consumo que sirven para guiar el desarrollo y ordenar la asignación de tareas.

Siguiendo con un examen médico y la historia psicosocial del uso de alcohol, la evaluación de las situaciones del consumo del usuario se hace a través de la aplicación de Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA; Annis, 1982a). El ISCA es un cuestionario de auto-reporte diseñado para evaluar situaciones en las que el usuario bebió excesivamente el año anterior. Basado en el trabajo de Marlatt y asociados (Marlatt, 1978, 1979a, 1979b, Marlatt y Gordon, 1980) al analizar la naturaleza de los episodios de recaída de los bebedores excesivos, el cuestionario se diseñó para evaluar 8 categorías de situaciones de consumo divididas en dos clases.

1) Determinantes Intrapersonales, en los cuales la bebida involucra una respuesta a un evento que es en primer lugar psicológica o física por naturaleza. Estos determinantes se subdividen en 5 categorías: estados emocionales negativos, estados físicos negativos, estados emocionales positivos, evaluación del control personal e impulsos y tentaciones.

2) Determinantes Interpersonales, en los cuales una influencia significativo de otro individuo es involucrada y se subdivide en 3 categorías: conflicto con otros, presión social para beber y momentos agradables.

Continuando con el microanálisis de la conducta de consumo del usuario dentro de las situaciones de alto riesgo para la recaída una parte central de este análisis es la evaluación de las expectativas de eficacia del usuario en relación con cada una de las situaciones de alto riesgo.

El Cuestionario de Confianza Situacional (CCS; Annis, 1987) es un instrumento de auto-reporte integrado por 100 reactivos y diseñado como una medida del concepto de auto-eficacia de Bandura, en relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo del consumo excesivo de alcohol. El CCS fue desarrollado como un instrumento para que los terapeutas midan durante el tratamiento la evolución de la auto-eficacia del usuario en relación a situaciones de riesgo específicas durante el tratamiento.

Al igual que el ISCA este cuestionario se basa en el trabajo de Marlatt y asociados (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt y Gordon, 1980) y las situaciones se agrupan en dos clases:

1) Situaciones Personales, en donde el beber involucra la respuesta a un evento que es de naturaleza psicológica o física; se subdividen en 5 categorías: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando auto-control y necesidad física o urgencia por consumir.

2) Situaciones de Grupo, en donde la influencia significativa de terceras personas es involucrada; se subdividen en 3 categorías: conflicto con otros, presión social y momentos agradables.

El tratamiento ayuda a propiciar el aumento en la auto-eficacia en todas las áreas de riesgo de consumo percibidas. Con base en el perfil de la expectativas de eficacia del usuario obtenido a través del CCS se hace una jerarquía de situaciones que involucran riesgos de consumo que guían el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado que comienza con las situaciones de confianza moderada del usuario para llegar a las áreas de mayor riesgo (porcentajes más bajos de confianza). En donde el tratamiento tiene como objetivo el diseño y la asignación de las tareas con respecto a las situaciones de consumo de alto-riesgo como un medio para cambiar las cogniciones de auto-eficacia del usuario.

En la estructuración de la asignación de tareas durante el tratamiento, es importante que las condiciones sean arregladas para que el usuario pueda funcionar exitosamente y experimente un "dominio" en las situaciones de consumo problemático.

Además, el uso de una jerarquía de tareas graduadas puede facilitarse con el uso de una variedad de respuestas. Esto puede incluir la utilización de modelamiento o ensayo de actividades durante el tratamiento (Chaney et al., 1978; Marlatt y

Gordon, 1985) junto con la ejecución de tareas con el terapeuta o un colateral responsable (persona de confianza para el usuario) (Bandura et al.,1980), recaídas programadas (Marlatt y Gordon,1985), estrategias de enfrentamiento alternativas (Beck, 1976; Sánchez-Craig, 1975; Sobell y Sobell, 1973) y el uso de drogas anti-alcohol (Peachey y Annis, 1984,1985).

Sin embargo, la ayuda externa, a la cual el usuario puede atribuir su éxito debe ser gradualmente retirada hacia el final del tratamiento para asegurar que la evaluación cognitiva del usuario o las auto-inferencias de experiencias de dominio sean consistentes con aquellas que se sabe facilitan el mantenimiento del cambio conductual. Monitorear las cogniciones del usuario siguiendo la asignación exitosa de las tareas puede alertar al terapeuta sobre la presencia de ideación de auto-derrota que puede perjudicar el desarrollo de la auto-eficacia.

Las experiencias exitosas en controlar la conducta de beber no siempre resultan en mejoramiento de las expectativas de eficacia del paciente en relación con situaciones futuras de consumo, mejoramiento que es necesario para que los efectos del tratamiento se mantengan con el tiempo.

Aunque es importante para los terapeutas monitorear las cogniciones del usuario a lo largo del tratamiento siguiendo el término exitoso de las tareas Bandura (1978), ha contemplado 4 evaluaciones cognitivas en las que el usuario promueve el mantenimiento del cambio conductual comprometiéndose con las expectativas de eficacia que llevan a una experiencia exitosa en una situación de alto riesgo:

- 1) La situación está en desafío (ejem. en el pasado la situación era de riesgo).

- 2) Sólo un grado moderado de esfuerzo se necesita para experimentar éxito en la situación (ejem. el esfuerzo expandido no es aversivo).
- 3) Un poco de ayuda externa se involucra con el éxito (ejem. el éxito se atribuye al usuario, no al terapeuta, o a algo significativo, una droga, etc).
- 4) El éxito es parte de un patrón en conjunto de función mejorada (ejem. El usuario percibe que él o ella están mejorando).

Dos factores adicionales que se derivan de la literatura en la teoría de auto-percepción y atribución se ha encontrado que aumentan auto-inferencias positivas:

- 5) Una percepción del usuario de que el incremento en el control personal ha sido demostrado.
- 6) La percepción del usuario de que la función exitosa es altamente relevante a situaciones problemáticas con las que se encuentra frecuentemente.

Estos 6 factores de evaluación cognitiva determinan si la auto-eficacia incrementará siguiendo una ejecución conductual exitosa.

Monitorear los juicios del usuario de auto-eficacia con respecto a situaciones de consumo provee al terapeuta de excelentes herramientas para evaluar el progreso en el tratamiento. La terminación exitosa de las tareas asignadas y un

reporte del usuario de las altas expectativas de eficacia para enfrentarse con las situaciones de riesgo es un buen indicador de que la conducta futura de consumo en esa situación puede estar bajo control.

Sin embargo, si las expectativas de eficacia de un usuario fallan, siguiendo una ejecución exitosa de tareas y explorando el terapeuta los 6 factores mencionados anteriormente, revelarían la causa del fracaso y se sugiere que la asignación de tareas futuras pueden modificarse para ganar un incremento en la auto-eficacia. La necesidad de un instrumento de evaluación que ayudará al terapeuta a explorar estos factores, ha llevado al desarrollo de la Entrevista de Evaluación Cognitiva.

A continuación se dan ejemplos de cada una de los 6 factores: una taro que no es juzgada como desafiante puede indicar que el paciente está listo para progresar más rápido a través de la jerarquía de asignaciones involucrando situaciones de consumo de alto riesgo. Por otro lado, si un paciente ha tenido que ejercer un nivel de esfuerzo altamente aversivo para tener éxito en la tarea, un progreso más lento a través de la jerarquía puede necesitar el usuario para ganar confianza en su habilidad de manejar situaciones de consumo.

Si el usuario atribuye su mejoría conductual a una fuente externa (ejem. al terapeuta, a un colateral como al esposo, o un amigo cercano, a un empleado, o al uso de una droga anti-alcohol), el involucramiento de tales fuentes en el diseño y la ejecución de tareas futuras debe ser reducido. El usuario puede motivarse para convertirse en su propio terapeuta y sostener la responsabilidad para la planeación de tareas futuras. El involucramiento de un esposo o un jefe acompañando y apoyando al usuario en la asignación de tareas puede decrementarse. El uso de una droga anti-alcohol puede terminarse, o restringirse

la frecuencia del consumo a menos situaciones de riesgo progresivamente (Peachey y Annis, 1985).

Para un usuario que disminuye el significado de una experiencia dominada fracasa desde el momento que la percibe como una parte de su patrón en el conjunto de mejoramiento y es cuando el terapeuta puede enlistar todos los cambios que han ocurrido en su conducta de consumo del usuario y ajustarlo desde que entró al tratamiento y diseñar una tarea que pueda realizarla exitosamente para que sea vista como un indicador de mejoramiento significativo. Esta última asignación puede ser también de valor cuando los usuarios fallan en percibir un incremento en su control personal o sienten que todavía no han experimentado el dominio en sus propias situaciones de consumo más problemáticas.

ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN DE LA AUTO- EFICACIA

Las percepciones de eficacia han sido relacionadas con la iniciación y la duración de acciones de enfrentamiento en desórdenes relacionados con la ansiedad y el miedo (Biran y Wilsohn, 1981), manejo del dolor (Reese, 1983), dolores por tensión (Molyord et al., 1985), rehabilitación postcoronaria (Ewart, Taylor, Reese y DeBusk, 1983) y principalmente se ha avocado a conductas adictivas en la prevención de la recaída.

Dos estudios recientemente publicados del tratamiento para fumar, apoyan el modelo teórico descrito anteriormente (Teoría de la auto-eficacia, Bandura).

Ambos estudios (DiClemente, 1981, Condiotte y Lichtenstein,1981) fueron diseñados para investigar si la auto-eficacia es predictora de la recaída para los individuos que intentan dejar de fumar y al ser los resultados similares se presentan sólo los de Condiotte y Lichtenstein.

Los sujetos en el estudio de Condiotte y Lichtenstein (1981) fueron en 78 hombres y mujeres que formaron parte de dos programas de abstinencia de fumar. A todos los sujetos se les aplicó una escala de auto-eficacia dos veces: al inicio del tratamiento y al finalizar éste. Los sujetos fueron evaluados por estimaciones al fumar y por otras medidas en un periodo de 3 meses. La información de los auto-reportes en las estimaciones al fumar fueron corroboradas a través de contactos con otras personas que actuaban como informantes. Al final del período de seguimiento 44 de los 78 sujetos hablan recaído (definido como fumarse un cigarro, o más cada semana). Se hizo un intento por relacionar las estimaciones de auto-eficacia tomadas en el post-tratamiento y los resultados del tratamiento.

El Cuestionario de Auto-eficacia consistía en una lista de 48 situaciones de fumar, originalmente desarrollado por Best y Makstian (1978). Para cada reactivo a los sujetos se les pedía designar en una escala de 100 puntos (expresada en unidades de porcentaje), la probabilidad que ellos tendrían de resistir el deseo de fumar en esa situación. Se usó un análisis para obtener 7 categorías de situaciones de los 48 reactivos originales.

Los resultados incluyeron varios descubrimientos significantes. Los fumadores presentaron al final del tratamiento un incremento significativo en los niveles de de auto-eficacia cuando se comparan las medidas de pre y post-tratamiento. Esto es importante ya que muestra que el incremento en la auto-eficacia puede ser una

medida útil durante el tratamiento para incrementar la eficacia y llegar a un ajuste en el post-tratamiento.

Los resultados también demostraron una fuerte relación entre las estimaciones de la auto-eficacia y los resultados del tratamiento durante el periodo de seguimiento. Los puntajes de los individuos en las 7 categorías de la escala de auto-eficacia administrada en el post-tratamiento fueron usadas como variables predictoras en un análisis de regresión múltiple para predecir qué sujetos recaerían y la duración de la abstinencia antes de la recaída. El análisis de regresión reveló que a mayor nivel de auto-eficacia percibida en la terminación del tratamiento mayor es la probabilidad de que los sujetos permanezcan abstinentes a través del seguimiento o que permanezcan abstinentes durante largos periodos de tiempo antes de la recaída. Estas relaciones fueron altamente significativas estadísticamente. El descubrimiento más importante fue una alta correspondencia entre la categoría de las situaciones de fumar, en las cuales los sujetos que recaían primero experimentaban un bajo grado de auto-eficacia. Conditte y Lichtenstein (1981) establecen: " las medidas cuidadosas de la eficacia en el post-tratamiento hacen posible precisar predicciones de las circunstancias bajo las cuales los sujetos recaerán". Es como si los sujetos fueran capaces de predecir las circunstancias exactas bajo las cuales ellos recaerán. Los porcentajes de eficacia tomados durante el tratamiento deberán permitir al terapeuta identificar las áreas débiles del individuo y tomar los pasos apropiados para incrementar la auto-eficacia en estas áreas. Los resultados de este estudio han sido recientemente repetidos por McInteyre, Lichtenstein y Mermelstein (1983); estos resultados, junto con los descubrimientos similares reportados por DiClemente (1981) demuestran la utilidad de la auto-eficacia como un constructo significativo al predecir la recaída en ex-fumadores

Un reciente estudio de Rist y Watel (1983) amplia los descubrimientos predictivos

de la auto-eficacia reportados en el área de fumar a los descubrimientos de los tratamientos en el campo del alcohol. Estos autores describen un estudio en el cual 145 mujeres alcohólicas se les pidió que proporcionaran porcentajes de auto-eficacia de qué tan difícil sería no beber en varias situaciones de presión social que involucra alcohol. A todos los sujetos también se les aplicó un Cuestionario general para evaluar la asertividad en situaciones de no consumo. Las estimaciones de la auto-eficacia y la asertividad general fueron obtenidas antes y después de los programas de entrenamiento para habilidades sociales, los cuales duraron 3 meses. Los pacientes que recaían 3 meses después del tratamiento estimaron las situaciones de riesgo en el pre-tratamiento como significativamente más difíciles de abstenerse de beber que los sujetos abstinentes. Los pacientes que recaían no diferían de los pacientes abstinentes en la asertividad auto-estimada en situaciones relacionadas con no consumo, sin embargo, en este estudio, las estimaciones específicas de auto-eficacia en situaciones de consumo social de alto riesgo fueron predictoras del funcionamiento en el post-tratamiento, mientras que las estimaciones de asertividad general no fueron predictoras de los resultados

Por tal motivo el presente trabajo tiene como objetivo saber si los pacientes que modifican su confianza situacional a través del tratamiento reducen su consumo de alcohol teniendo a su vez éxito en el mismo, es decir, la meta es determinar si los cambios en la auto-eficacia medida a través del Cuestionario de Confianza Situacional se correlacionan con cambios en el patrón de consumo y si el nivel de auto-eficacia de los sujetos sirve o ayuda para predecir el éxito del tratamiento.

IV. METODO

TIPO DE MUESTRA

Para la realización de la presente investigación la muestra se conformo por los primeros 80 sujetos que asistieron a su sesión de seguimiento (seis meses después de terminado el tratamiento) de un total de 177 pacientes que habían terminado el tratamiento de Auto-control Dirigido para Bebedores Problema.

ESCENARIO

El lugar en donde se llevó a cabo el tratamiento fué en el Centro de Servicios Psicológicos Acapulco, ubicado en cerrada de Acapulco #18 Col. Oxtopulco, Delegación Coyoacán siendo ésta una dependencia de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y que tiene como objetivos la realización de investigación y de servicio a la comunidad.

El Centro cuenta con una sala de recepción, dos cubículos donde se realizaron la sesiones de evaluación y tratamiento, dos salas de computación, una sala para el equipo de evaluación y una sala para el equipo terapéutico.

MATERIALES

El instrumento primordial que se utilizó en la investigación fué el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS) y apoyado por algunos datos sociodemográficos del Cuestionario de Entrevista Inicial que son.- datos personales, introducción al problema, historia familiar y social, historia laboral, lugar de residencia, historia de consumo de alcohol, y lista de consecuencias adversas; Escala de Dependencia al Alcohol (EDA); Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE); Tasa de Mejoría Global y alguna variables de la Entrevista de Seguimiento a seis meses de terminado el tratamiento que contempla: datos personales, historia de consumo de alcohol, situación laboral y lista de consecuencias ocasionadas por el consumo de alcohol.

También se utilizó mobiliario como: un cubículo, un escritorio, dos sillas, fotocopias de los instrumentos, plumas y lápices. La evaluación se llevó a cabo en una sola sesión con duración de dos a dos horas y media.

INSTRUMENTOS

Se utilizaron como Instrumentos

A) El Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), realizado por la Dra. Annis, H.M., Graham, J.M., (1987) Traducción y adaptación al español en la Facultad de Psicología de la UNAM por Echeverría, Oviedo, et. al. (1995). El cuestionario fue desarrollado como un instrumento para que los terapeutas

midan durante el tratamiento, la evaluación de la auto-eficacia del cliente alcohólico en relación a situaciones de riesgo específicas durante el tratamiento. También se emplea como una medida (auto-eficacia/situaciones de riesgo) para investigadores el estudiar los resultados del tratamiento y el proceso de recaída.

El CCS diseñado para medir el concepto de auto-eficacia de Bandura en relación a la percepción del cliente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol. Es un cuestionario de auto-reporte integrado por 100 reactivos.

Las situaciones de consumo de bebidas alcohólicas medidas por el cuestionario se basan en el trabajo de Marlatt y asociados (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt and Gordon, 1980) quienes encontraron que estas 100 situaciones podían agruparse en dos grandes grupos:

- 1) Situaciones Personales, en donde el beber involucra la respuesta a un evento que es de naturaleza física-psicológica; se subdividen en 5 categorías :

- emociones desagradables
- malestar físico
- emociones agradables
- probando auto-control
- necesidad física o urgencia por consumir

2) Situaciones de Grupo, en donde la influencia significativa de terceras personas esta involucrada; se subdividen en 3 categorías:

- conflicto con otros
- presión social
- momentos agradables

El Cuestionario de Confianza Situacional fue diseñado para proporcionar una medida que sea sensible para diferenciar un juicio de confianza del cliente en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo relacionadas con el beber en exceso. (Anexo 1).

B) Cuestionario de Entrevista Inicial: que contiene variables sociodemográficas: datos personales, introducción al problema, historia familiar y social, historia laboral, lugar de residencia, historia de consumo de alcohol, y lista de consecuencias adversas. Realizado por Sobell L. y Sobell M. (Anexo 2).

C) Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) desarrollada por Skinner, H.A., Horn, J.L. (1984), traducción y adaptación al español por Echeverría, L., Oviedo, P., et al., que permite evaluar niveles de dependencia al alcohol. (Anexo 2).

D) Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE), realizada por Sobell L. C. y Sobell M.B. (1980), nos informa sobre la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol diariamente por un período retroactivo de doce meses en la evaluación inicial y en la evaluación de seguimiento un período retroactivo

de seis meses. (Anexo 2).

E) Tasa de Mejoría Global, que es un instrumento de auto-reporte en forma de termómetro y que mide el estado emocional y de satisfacción del usuario en el momento de la entrevista de seguimiento, desarrollado por Sobell L. y Sobell M. (Anexo 2).

F) Cuestionario de entrevista de Seguimiento a seis meses de terminado el tratamiento que contempla: datos personales, historia de consumo de alcohol, situación laboral y lista de consecuencias ocasionadas por el consumo de alcohol; desarrollada por Sobell L. Y Sobell M. (Anexo 2).

DISEÑO

El diseño de la investigación es de tipo pre-experimental Pretest-Postest de un solo grupo que consiste en tomar una muestra a la cual se le aplica una evaluación inicial antes del tratamiento y una evaluación de seguimiento después de terminado el tratamiento. El grupo se formó conforme a la disponibilidad que se tuvo a ellos. (Campbell y Stanley, 1982).

$O_1 \times O_2$

DEFINICION DE VARIABLES

Variable Independiente: Fue el Tratamiento de Auto-control Dirigido para Bebedores Problema.

Variable Dependiente: Fue el cambio que se observó en el patrón de consumo y la correlación con el cambio en las expectativas, medido a través del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS).

PROCEDIMIENTO

Para iniciar la investigación las personas llegaron al Centro de Servicios Psicológicos Acapulco pidiendo información y concertando una cita para ingresar al Programa de Autocontrol Dirigido para Bebedores Problema. Asistieron a su primera cita la cual fué la sesión de admisión realizada por el terapeuta en donde se les aplicó un Cuestionario de Pre-selección que tiene la finalidad de saber si las personas cumplen con los requisitos para entrar a tratamiento como son: el que sepan leer y escribir, que sean mayores de 16 años y que no existan indicadores de daño orgánico.

Después se les dió una cita para la siguiente semana para su sesión de evaluación realizada por un evaluador con duración de dos a dos horas y media que consistió en la lectura de la forma de consentimiento firmada por el usuario

y el evaluador, se le piden al paciente los datos de dos personas cercanas y de confianza para que puedan dar información de su consumo posteriormente.

A continuación se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Escala de Dependencia al Alcohol (EDA), que permite evaluar niveles de dependencia al alcohol.
- El Cuestionario de Entrevista Inicial que nos da información sociodemográfica de los usuarios.
- Línea Base Retrospectiva de Consumo de alcohol (LIBARE) que nos informa sobre la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol diariamente por un período retroactivo de doce meses.
- Y el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS), que mide las áreas en donde el usuario carece y/o tiene suficiente auto-eficacia para resistir situaciones asociadas con el abuso de alcohol.

Para finalizar la sesión de evaluación se le entregó al usuario el material que utilizó en su primera sesión de tratamiento, es importante aclarar que el evaluador no deberá intervenir en el tratamiento para evitar la contaminación de los resultados y así mismo el terapeuta no deberá intervenir en la evaluación.

Después de terminadas sus cuatro sesiones de tratamiento el paciente puede pedir sesiones adicionales pero independientemente de su solicitud el evaluador realizó, seis meses después de terminado su tratamiento, el seguimiento iniciando

el contacto por vía telefónica donde se mencionó el motivo de la llamada para concertar una cita e ir a su casa o bien para que asistan al Centro de Servicios Psicológicos "Acasulco" en donde se les aplicaron los siguientes instrumentos:

- El Cuestionario de Entrevista de Seguimiento a seis meses, que nos da información sociodemográfica de los usuarios.
- Tasa de Mejoría Global que es un termómetro que mide el estado emocional y de satisfacción del usuario en el momento de la entrevista.
- Cuestionario de Confianza Situacional (CCS)
- Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol (LIBARE), que nos informa sobre la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol diariamente por un período retroactivo de seis meses.

La sesión de seguimiento tuvo una duración de 30 minutos a una hora aproximadamente.

SUJETOS

Para la realización de la presente investigación la muestra se conformó de 80 pacientes que acudieron al Centro de Servicio Psicológicos Acasulco y los cuales asistieron y terminaron su tratamiento en el Programa de Auto-Control Dirigido para Bebedores Problema con el objetivo de controlar su consumo de alcohol. Las características sociodemográficas de los sujetos se presentan en la tabla

no.1 siendo obtenidas del Cuestionario de entrevista inicial y en donde se observa que la media de edad es de 36 años con un rango de 16 a 57 años existiendo una predominancia del género masculino con el 77.5%.

Para la obtención del nivel educativo se basó en el reporte dado por los sujetos sobre el número total de años de estudio haciendo la clasificación de forma acumulativa de la siguiente manera: primaria de 1 a 6 años, secundaria de 7 a 9 años, bachillerato de 10 a 12 años, licenciatura de 13 a 17 años y posgrado de 18 en adelante, encontrándose que el 46.3% de la muestra pertenece al nivel de licenciatura y el 18.6% a un nivel de posgrado, siendo este dato reelevante por ser un porcentaje alto para el tamaño de la muestra y por último con relación al nivel socioeconómico el 41.6 % corresponde a la clase media.

Tabla 1. Características Sociodemográficas.

VARIABLE	CATEGORÍAS	%	\bar{x}	DS	RANGO
Sexo	Masculino	77.5	---	---	---
	Femenino	22.5	---	---	---
Edad	---	---	36 años	9.88	16 - 57 años
Nivel Educativo	Primaria	3.8	14.16 años de estudio (licenciatura.)	3.90	3 - 26 años
	Secundaria	6.3			
	Bachillerato	25			
	Licenciatura	46.3			
	Posgrado	18.6			
Nivel Socioeconómico	Bajo	25.4	---	---	---
	Medio	41.6			
	Medio alto	33			

Las características del patrón de consumo de la muestra se describen en el siguiente capítulo por la relevancia de los resultados.

V. RESULTADOS

En la presente investigación se compararon los resultados obtenidos mediante los instrumentos: Cuestionario de Entrevista Inicial, Escala de Dependencia al Alcohol, Línea Base Retrospectiva de Consumo de Alcohol y el Cuestionario de Confianza Situacional aplicados durante la Evaluación Inicial y el Cuestionario de Entrevista de Seguimiento, Tasa de Mejoría Global, Línea Base Retrospectiva de consumo de alcohol y el Cuestionario de Confianza Situacional aplicados en la Evaluación de Seguimiento a los seis meses de terminado el tratamiento.

Es importante recordar que el diseño de la investigación es de tipo pre-experimental pre y post-test de un solo grupo (Campbell, 1982) en donde la muestra se conformó por los primeros 80 sujetos que asistieron a su sesión de seguimiento de un total de 177 pacientes que habían terminado el tratamiento de Auto-control Dirigido para Bebedores Problema.

Para facilitar su presentación y análisis, los resultados se presentan en términos de la siguientes dimensiones:

5.1 Variables Sociodemográficas

5.2 Patrón de Consumo

5.3 Evaluación de los daños y consecuencias percibidos y atribuidos por el consumo de alcohol.

5.4 Auto-eficacia: Percepción de la habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para el consumo excesivo de alcohol medido a través del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS).

Además, como una forma de evidenciar algunos resultados se presenta la comparación de 2 casos que ejemplifican el éxito y el fracaso del cambio.

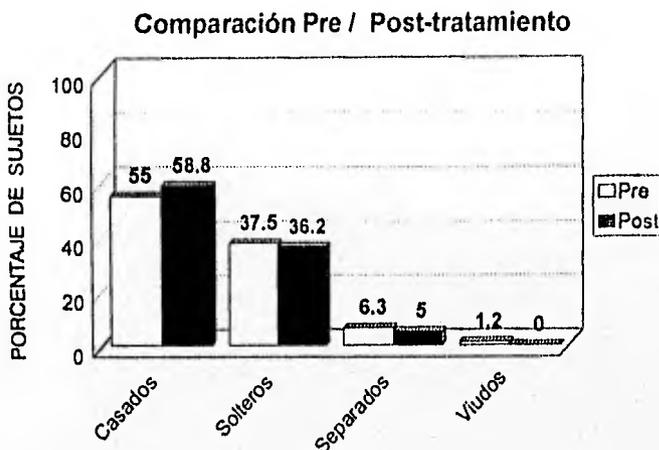
5.1 Variables Sociodemográficas.

La información obtenida sobre los aspectos sociodemográficos de la muestra estudiada, se obtuvo mediante la aplicación del Cuestionario de Entrevista Inicial y el Cuestionario de Entrevista de Seguimiento tomando únicamente las variables que se compararon pre post-tratamiento como lo son: Estado Civil y Actividad Laboral.

Estado Civil

En la figura 1 se presentan los datos que representan el estado civil de los usuarios de la muestra en donde se encontró que 44 sujetos (55%) eran casados antes del tratamiento y posteriormente, en el seguimiento a seis meses 47 sujetos (58.8%); el grupo de solteros estaba conformado por 30 (37.5%) siendo después 29 (36.2%), dentro del grupo de los separados incluyendo a los divorciados se tenían 5 sujetos (6.3%) disminuyendo a 4 (5.0%).

FIGURA 1. ESTADO CIVIL



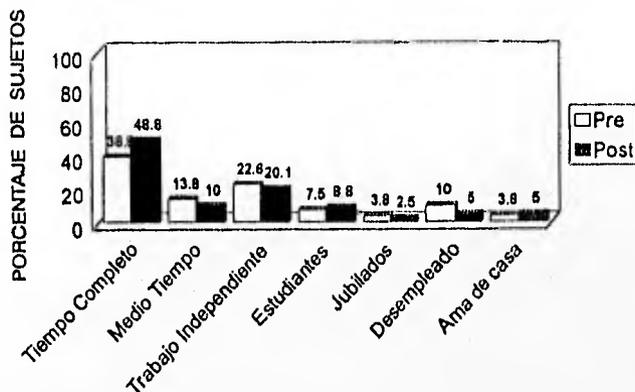
n = 80

Actividad Laboral

Al realizar la comparación en cuanto a su actividad laboral se encontraron los siguientes cambios: en la primera evaluación para el caso de los que trabajaban tiempo completo (8 o más horas de trabajo), el porcentaje fue del 38.8%, posteriormente del 48.8%; el 13.8% perteneció a las personas que trabajaban medio tiempo (4 horas de trabajo) porcentaje que disminuyó al 10.0% en la segunda evaluación; en la categoría de trabajo independiente (trabajar por su cuenta) el porcentaje fue del 22.6%, disminuyendo al 20.1%; en lo que se refiere a los estudiantes constituían el 7.5%, siendo posteriormente el 8.8%; las personas jubiladas eran 3.8% cambiando al 2.5%; las personas desempleadas fueron el 10.0%, disminuyendo al 5.0% y finalmente la categoría de ama de casa fue sólo el 3.8% de la muestra y aumentando al 5.0% en la evaluación final. Ver figura 2.

FIGURA 2. ESTADO LABORAL

Comparación Pre / Post-tratamiento



n = 80

5.2 Patrón de Consumo

El patrón de consumo es definido como la relación existente entre la frecuencia con que se consume y la cantidad de alcohol consumida por ocasión.

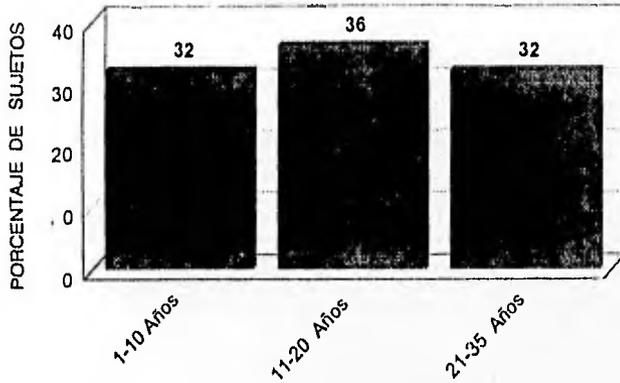
En las figuras 3, 4, y 5 se presentan sólo datos que se obtuvieron en la primera evaluación del Cuestionario de Entrevista Inicial que es de auto-reporte.

Años de consumo de alcohol

En la figura 3 se presenta el porcentaje de los sujetos en cada uno de los tres rangos en que clasificó la variable total de años de consumo de alcohol en donde el 32% pertenecen al rango de 1-10 años, el 36% al rango de 11-20 años y en el rango de 21-35 se tiene el 32% de los sujetos.

FIGURA 3. AÑOS DE CONSUMO DE ALCOHOL

$\bar{X} = 16$ DS = 8.95 Rango = 1 - 35



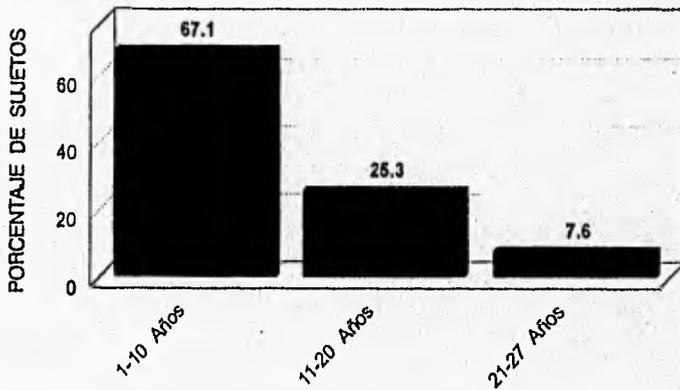
n = 80

Años de consumir excesivamente.

En la figura 4 la variable años de consumir en exceso se clasificó en tres rangos en donde se distribuye el porcentaje de los sujetos, en el rango que va de 1-10 años pertenece el 67.1%, el 25.3% pertenece al rango de 11-20 años y el 7.6% al rango de 21-27 años.

FIGURA 4. AÑOS DE SER BEBEDOR EXCESIVO

$\bar{X} = 9.2$ DS = 6.63 Rango = 1 - 27



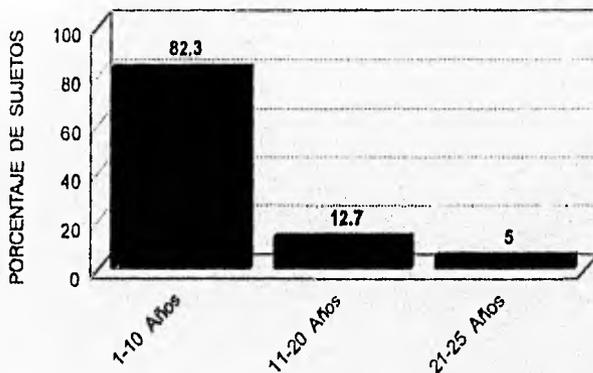
n = 80

Años de tener problemas con su consumo excesivo de alcohol.

En la figura 5 se presenta el porcentaje de los sujetos con relación a la variable años de ser bebedor problema la cual se divide en tres rangos: en el rango de 1-10 años pertenece el 82.3%, el 12.7% se encuentra en el rango de 11-20 años y sólo el 5% al rango de 21-25 años.

FIGURA 5. AÑOS DE SER BEBEDOR PROBLEMA

$\bar{X} = 6.8$ DS = 5.97 Rango = 1 - 25



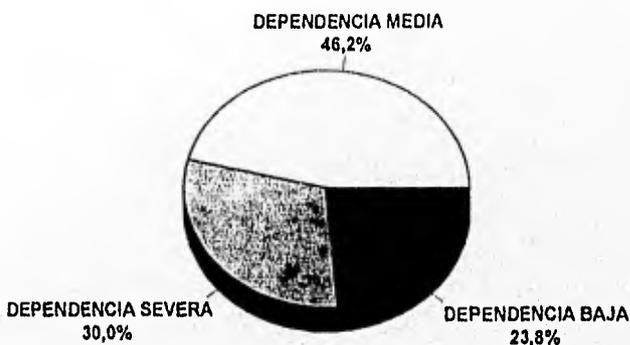
n = 80

Grado de Dependencia

Mediante los datos obtenidos con la aplicación de la Escala de Dependencia al Alcohol durante la evaluación previa al tratamiento fue posible clasificar a los sujetos según el grado de dependencia al alcohol que presentaron en la medición de esta escala, encontrando una media de 16.2 puntos que indica una dependencia media, con un desviación estándar de 8.79 y un rango que va de 0-39 puntos. La figura 6 muestra esta clasificación observando un 23.8% de los sujetos con dependencia baja (0-10 puntos); el 46.2% pertenece a una

dependencia media (11-20 puntos) y el 30% a una dependencia severa (21 puntos en adelante).

FIGURA 6. NIVEL DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL

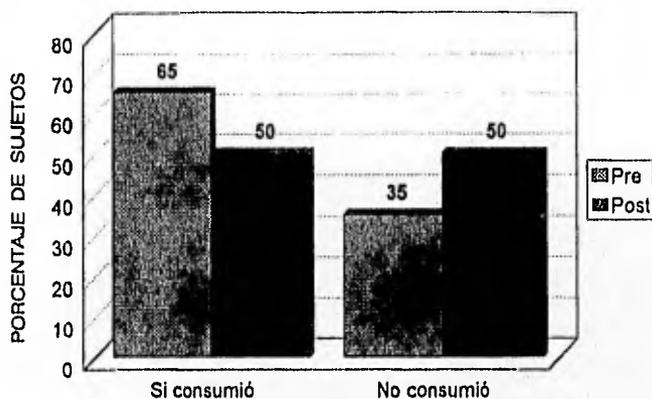


n = 80

Síndrome de Abstinencia

Conforme a datos del Cuestionario de Entrevista Inicial se obtuvo el número de usuarios que en el lapso de un año antes del tratamiento y en el lapso de 6 meses antes de la evaluación de seguimiento bebieron alcohol para evitar o minimizar el síndrome de abstinencia. La figura 7 muestra la comparación. El 65% de los sujetos afirmó haber bebido antes del tratamiento debido a los síntomas de abstinencia experimentados, disminuyendo este porcentaje 10% a los seis meses de haber concluido el tratamiento. Al aplicar la prueba Z para la diferencia entre proporciones muestrales (Daniel, 1983) encontramos que la diferencia observada entre las proporciones registradas es estadísticamente significativa ($Z = 1.94$, $p = 0.0262$).

FIGURA 7. CONSUMO PARA EVITAR EL SINDROME DE ABSTINENCIA
Comparación Pre / Post-tratamiento



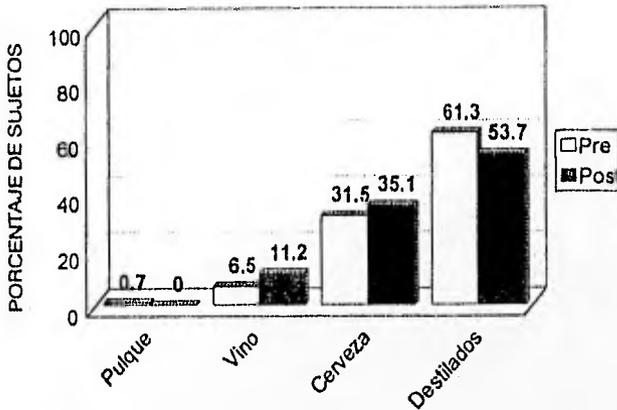
n = 80

Tipo de bebida más frecuentemente consumida.

Con base en la información obtenida en el Cuestionario de Entrevista Inicial se identificó el tipo de bebida más frecuentemente ingerida por los sujetos tanto al inicio del tratamiento como seis meses después de haberlo concluido. En la figura 8 se muestran las comparaciones correspondientes. Podrá notarse que los destilados (whisky, ron, vodka, brandy, tequila, ginebra, etc) son el tipo de bebida más consumida por los usuarios tanto antes como después del tratamiento. Sin embargo los porcentajes de preferencia se ven modificados en la evaluación post-tratamiento.

FIGURA 8. TIPO DE BEBIDA

Comparación Pre / Post-tratamiento



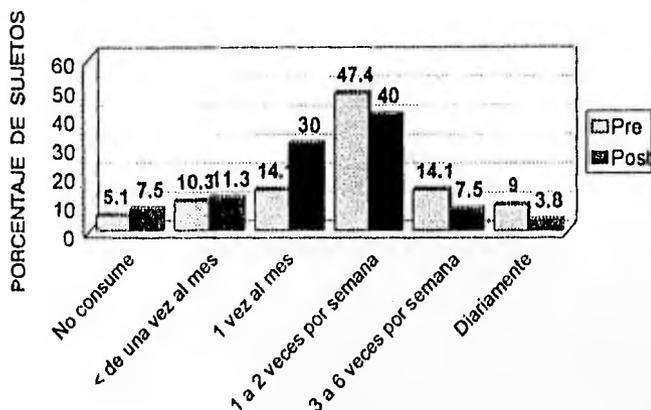
n = 80

Frecuencia de Consumo

Mediante el Cuestionario de Entrevista Inicial y el Cuestionario de Entrevista de Seguimiento los sujetos reportaron su frecuencia de consumo en los últimos tres meses tanto al empezar el tratamiento como a los seis meses de terminado. Este dato se obtiene de la elección de una de las 6 categorías que se presentan en el cuestionario y que se adecua a su forma de beber. Las categorías son: No consume, < de 1 vez al mes, 1 vez al mes, De 1 a 2 veces por semana, De 3 a 6 veces por semana y Diariamente. En la figura 9 se pueden observar diferencias en los porcentajes, sin embargo al aplicar la prueba Z se encontró que la frecuencia de consumo de 1 vez al mes es estadísticamente significativa ($Z = .47$, $p = 0.0068$)

FIGURA 9. FRECUENCIA DE CONSUMO

Comparación Pre / Post-tratamiento



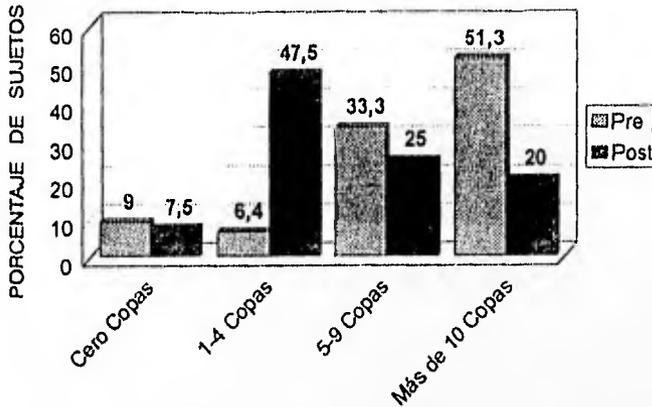
n = 80

Cantidad de Consumo.

A través del Cuestionario de Entrevista Inicial y del Cuestionario de Entrevista de Seguimiento se obtuvo el reporte de los sujetos del número de copas promedio consumidas por ocasión en un lapso de tres meses hacia atrás tanto al inicio del tratamiento como a los seis meses de terminado éste. Para la mejor presentación de los datos el número de copas por ocasión de consumo se clasificó en cuatro categorías: Cero copas, de 1 a 4 copas, de 5 a 9 copas y de más de 10 copas. En la figura 10 se muestra la comparación en donde se observa que el porcentaje del número de sujetos incrementa considerablemente en el consumo de 1 a 4 copas siendo el porcentaje inicial de 6.3% y en el seguimiento de 47.5% encontrando que la diferencia entre las proporciones es estadísticamente significativa ($Z=6.61$, $p = 0.0000$); también se encontró diferencia estadísticamente significativa en las proporciones del consumo de más de 10 copas ($Z = 4.37$, $p = 0.0000$) teniendo un porcentaje inicial del 51.3% disminuyendo al 20%.

FIGURA 10. CANTIDAD DE CONSUMO

Pre-tratamiento X = 11.4 DS = 7.36 Rango = 0 - 36.
Post-tratamiento X = 6.2 DS = 5.87 Rango = 0 - 34.



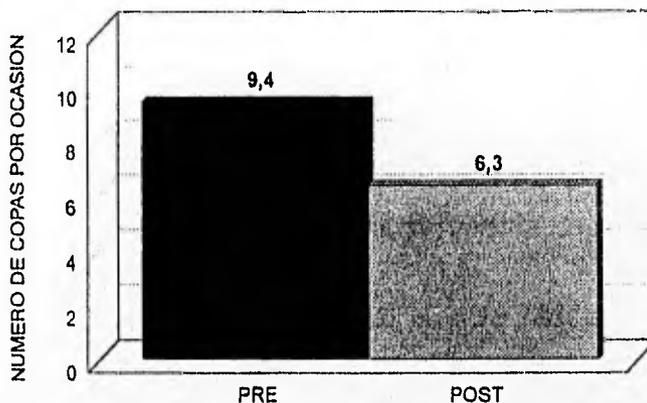
n = 80

Número de copas consumidas por ocasión.

Mediante los datos arrojados por la Línea Base Retrospectiva del Consumo de Alcohol (LIBARE) elaborada por los propios usuarios, antes y después del tratamiento, tomando en cuenta que en la evaluación inicial se consideró un año hacia atrás al momento de la entrevista y en el seguimiento sólo se consideraron seis meses hacia atrás; se obtuvo el número de copas que consume cada sujeto por ocasión. En la figura 11 se aprecia que la media inicial fue de 9.45 copas y en el seguimiento una media de 6.33 copas por ocasión. Al aplicar la prueba *t* de Student para la comparación de medias apareadas se encontró que la diferencia es estadísticamente significativa ($t = 4.26$, sig. = .000).

FIGURA 11. NUMERO DE COPAS POR OCASION

Pre-tratamiento X = 9,45 DS = 5. 08 Rango = 0 -24.
Post-tratamiento X = 6,33 DS = 5. 6 7 Rango = 0 -34.



n = 80

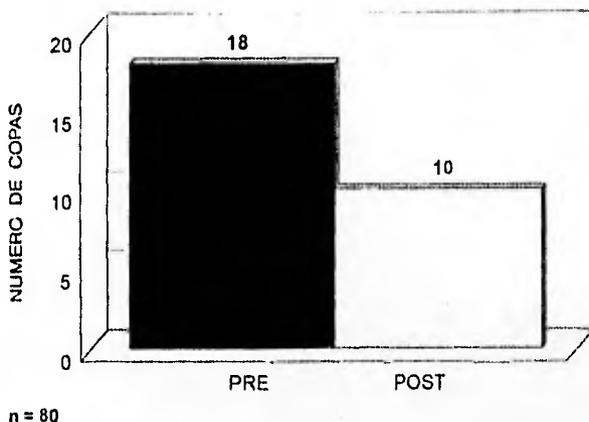
Número máximo de copas consumidas por ocasión.

Por medio de los datos del LIBARE se obtuvo el número máximo de copas consumidas por ocasión antes y seis meses después de terminado el tratamiento. Como se puede observar en la figura 12 la media inicial fue de 18 copas disminuyendo posteriormente a 10 copas por ocasión. Al aplicar la prueba *t* se encontró que la diferencia es estadísticamente significativa ($t = 8.35$, sig. = .000).

FIGURA 12. NUMERO MAXIMO DE CONSUMO POR OCASIÓN

Pre-tratamiento X = 18 DS = 7.98 Rango = 0 - 44.

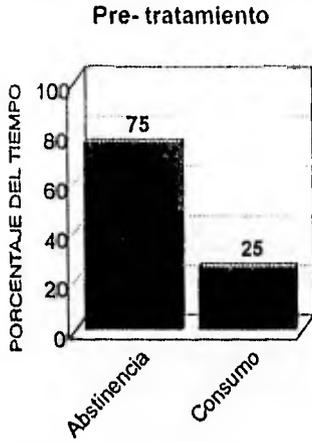
Post-tratamiento X = 10 DS = 7.19 Rango = 0 - 34.



Porcentaje del tiempo de consumo

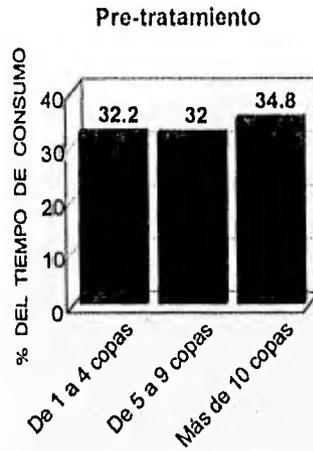
También por medio de los datos del LIBARE fué posible contrastar el porcentaje del tiempo en el que consumieron los sujetos siendo necesario hacer dos figuras para la Evaluación Inicial ya que los sujetos reportan datos a un año hacia atrás a partir del inicio del tratamiento y dos figuras para el seguimiento donde sólo reportan 6 meses hacia atrás. Para el porcentaje del tiempo de consumo fué necesario hacer tres categorías tomando en cuenta el número de copas consumidas, éstas son: consumo moderado (de 1 a 4 copas), consumo excesivo (de 5 a 9 copas) y consumo muy excesivo (más de 10 copas). En la figura 13 y 13a. se presentan los resultados del pre-tratamiento observando que el 75% del tiempo de los sujetos hay abstinencia y el 25% del tiempo sí se consumió, de este 25% el 32.2% del tiempo se tiene un consumo moderado, el 32% del tiempo se consumió excesivamente y 34.8% del tiempo hay un consumo muy excesivo. En la figura 14 y 14a. se presentan los resultados del post-tratamiento donde se observa que el 83.9% del tiempo no hay consumo y del 16.1% restante el 51.5% del tiempo se consume de 1 a 4 copas, el 26% del tiempo de 5 a 9 copas y el 22.5% 22.5% del tiempo se consumen más de 10 copas.

FIGURA 13. PORCENTAJE DEL TIEMPO



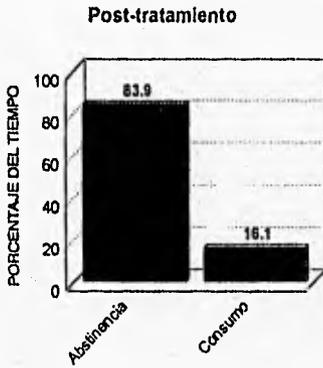
n = 80

FIGURA 13a. TIEMPO DE CONSUMO



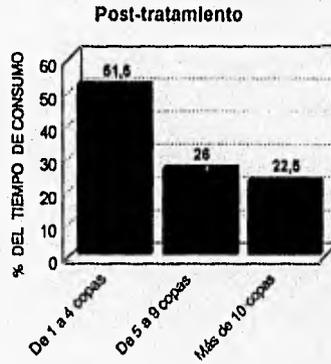
n = 80

FIGURA 14. PORCENTAJE DEL TIEMPO



n = 80

FIGURA 14a. TIEMPO DE CONSUMO



n = 80

5.3 Evaluación de los Daños y Consecuencias Percibidos y Atribuidos por el Consumo de Alcohol.

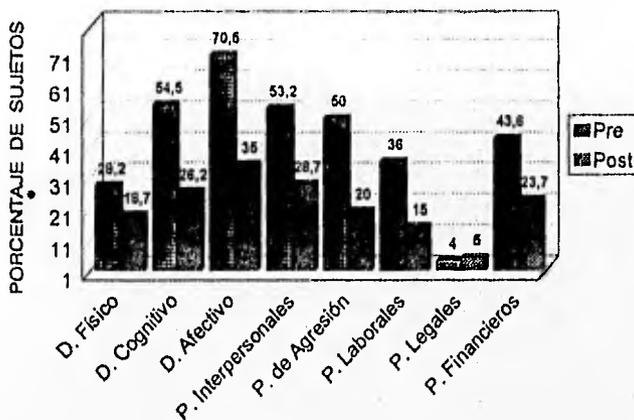
Para la evaluación de la percepción de daños y consecuencias que se le atribuyen al consumo de alcohol se recurrió al Cuestionario de Entrevista Inicial y al Cuestionario de Entrevista de seguimiento en donde se exploran estas áreas mediante el reporte de los sujetos y con base en esto se hicieron las respectivas comparaciones antes y seis meses después de terminado el tratamiento.

Daños atribuidos al consumo de alcohol.

Con relación a los daños provocados por el consumo de alcohol, se exploran ocho clases de daños: daño físico, daño cognoscitivo, daño afectivo, problemas interpersonales, problemas de agresión, problemas laborales, problemas legales y problemas financieros, en este apartado los sujetos eligieron los daños que consideraron tener. Al aplicar la prueba Z se encontraron diferencias estadísticamente significativas en casi todas las clases de daños con excepción de daño físico y problemas legales. El porcentaje de personas que presentó daño físico antes del tratamiento fué del 30% bajando al 19% posteriormente; el 54.5 reportó haber tenido algún daño cognoscitivo disminuyendo posteriormente al 26% ($Z = 3.83, p = 0.0000$); el porcentaje de la muestra que presentó daño afectivo fue el 70.5% bajando en el seguimiento al 35% ($Z = 4.81, p = 0.0000$); el 53% de las personas en la evaluación inicial presentaron problemas interpersonales siendo después el 29% ($Z = 3.25, p = 0.0000$); en cuanto a problemas de agresión el porcentaje inicial fué del 50% cambiando al 20% ($Z=4.19, p = 0.0000$); el 36% presentó problemas laborales puntaje que bajo al 15% en la evaluación final ($Z = 3.14, p = 0.0008$); con relación a los problemas legales en la evaluación inicial el porcentaje fue del 4% subiendo ligeramente al 5% y el porcentaje inicial de la muestra que tuvo problemas

financieros fue del 44% bajando al 24% ($Z = 2.72, p = 0.0033$). Ver figura 15.

FIGURA 15. DAÑOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL
Comparación Pre / Post-tratamiento



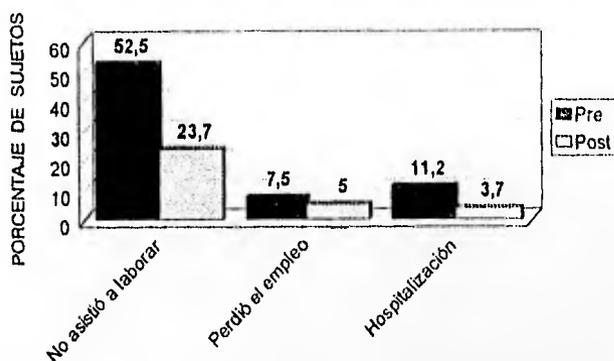
n = 80

Consecuencias atribuidas al consumo de alcohol.

Las consecuencias atribuidas al consumo de alcohol que se consideraron son: no asistir al trabajo, pérdida del empleo y haber estado hospitalizado. Se obtuvo que en la evaluación inicial el 52.5% de los sujetos no asistió a trabajar por causa de su consumo de alcohol porcentaje que disminuyó al 23.7% en el seguimiento, encontrando en estos porcentajes diferencias estadísticamente significativas ($Z = 3.92, p = 0.0000$); el 7.5% de la muestra perdió el empleo puntaje que bajó al 5.0% posteriormente; en la última consecuencia se tiene que el 11.3% de las personas reportó haber estado hospitalizado antes del tratamiento bajando al 3.8% después de éste con una diferencia estadísticamente significativa ($Z = 1.84, p = 0.0329$). Ver figura 16.

FIGURA 16. CONSECUENCIAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

Comparación Pre / Post-tratamiento



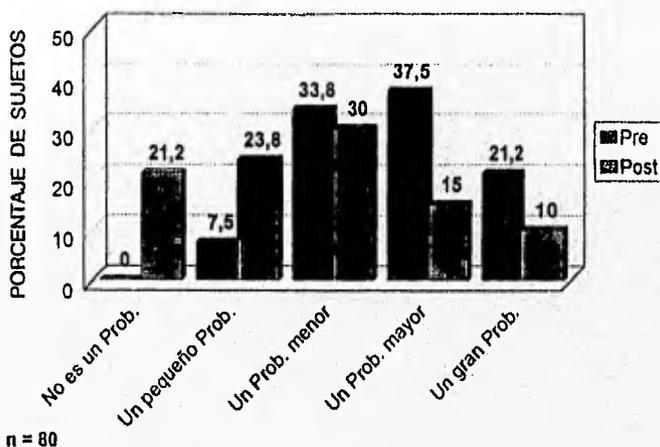
n = 80

Percepción del problema de consumo de alcohol.

Para la obtención de esta información a los sujetos se les pidió que eligieran una de las 5 categorías que mejor describa su percepción del consumo de alcohol. Estas categorías son: No es un problema, Es un pequeño problema, Es un problema menor, Es un problema mayor y Es un gran problema. Al comparar los datos de esta variable se obtuvo que en la categoría en donde no es un problema el consumo de alcohol, en la Evaluación Inicial no se encontraron sujetos que la eligieran, mientras que en la evaluación posterior se tiene un 21.2% de la muestra, al aplicar la prueba Z se encontró que la diferencia entre las proporciones es estadísticamente significativa ($Z = 4.63$, $p = 0.000$); el 7.5% de los sujetos percibían su consumo como un pequeño problema incrementando posteriormente al 23.8%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($Z = 2.91$, $p = 0.0019$); las personas que consideraban su consumo como un problema menor conformaron el 33.8% disminuyendo al 30%; en la categoría de

un problema mayor el 37.5% de las personas perteneció a éste teniendo una disminución al 15.0%, encontrando diferencia estadísticamente significativa ($Z = 3.33, p = 0.0000$) y finalmente el 21.2% de los sujetos lo consideraban como un gran problema porcentaje que disminuyó al 10.0%, con una diferencia estadísticamente significativa ($Z = 1.97, p = 0.0244$), esto se puede observar en la siguiente figura.

**FIGURA 17. PERCEPCION DEL PROBLEMA DE CONSUMO
Comparación Pre / Post-tratamiento**

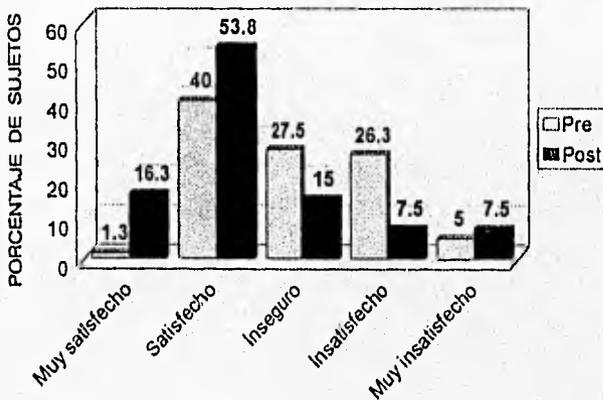


Nivel de satisfacción con su estilo de vida.

Para evaluar el nivel de satisfacción en relación al estilo de vida se consideraron cinco categorías que son: muy satisfecho, satisfecho, inseguro, insatisfecho y muy insatisfecho, de las cuales los sujetos sólo eligen una. Como se observa en la figura 18 los sujetos se distribuyeron de la siguiente manera: el 1.3% se encontraba antes del tratamiento muy satisfecho con su forma de vida.

incrementándose hasta un 16.3% después de éste, habiendo una diferencia estadísticamente significativa ($Z = 3.48, p = 0.0000$) el 40% de la muestra reportó estar satisfecho y en el seguimiento incrementó al 53.8%; las personas que se encontraron inseguras constituían el 27.5% disminuyendo al 15.0%, entrándose una diferencia estadísticamente significativa ($Z = 1.95, p = 0.0256$); el 26.3% pertenece a los sujetos que reportaron estar insatisfechos en el momento de la evaluación inicial y posteriormente en el seguimiento se encontró sólo el 7.5%, existiendo una diferencia estadísticamente significativa ($Z = 3.28, p = 0.0000$) y por último el 5.0% del total de la muestra pertenecía a la categoría de muy insatisfecho aumentando un poco en el seguimiento al 7.5%.

FIGURA 18. SATISFACCION CON SU ESTILO DE VIDA
Comparación Pre / Post-tratamiento



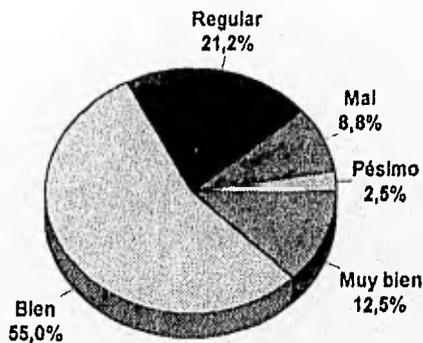
n = 80

Térmometro del estado de ánimo.

Se realizó una medición post-test para saber cómo se sentían los sujetos en cuanto a su estado de ánimo 6 meses después de terminado su tratamiento, el

pequeño cuestionario de auto-reporte se divide en las siguientes cinco categorías: Pésimo (tan mal como en muchos años no me había sentido), Mal (me siento muy deprimido), Regular (las cosas no estan ni bien ni mal), Bien (en general, me estan ocurriendo cambios positivos) y Muy bien (hace mucho tiempo no me sentía tan bien). Como se puede observar en la figura 19 el 55% del total de la muestra reportó sentirse bien y el 12.5% muy bien, teniendo la mayoría un estado de ánimo satisfactorio.

**FIGURA 19. TERMOMETRO : ESTADO DE ANIMO
Post-tratamiento**



n = 80

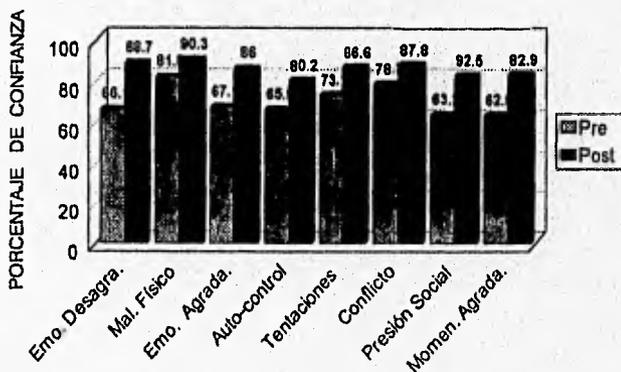
5.4 Auto - eficacia: Percepción de la Habilidad para Afrontar Efectivamente situaciones de riesgo para el consumo excesivo de alcohol medido a través del Cuestionario de Confianza Situacional (CCS).

Para hacer la comparación pre / post-tratamiento de las ocho áreas del CCS se obtuvieron sus medias a las cuales se les aplicó la prueba de Wilcoxon que reporta la Z con su probabilidad asociada (P) valores que se presentan para cada una de las áreas, observándose que en la comparación de las áreas existe una

diferencia estadísticamente significativa. En el Cuestionario los puntajes de confianza se distribuyen de la siguiente manera: de 0 a 30 puntos confianza baja, de 31 a 70 confianza moderada, 70 a 100 confianza alta. En la primera área que corresponde a Emociones Desagradables se obtuvo una media inicial de 66.14 incrementándose a 81.77 en la evaluación de seguimiento ($Z = 5.3313$, $p = .0000$); en Malestar Físico fue de 81.85 aumentando a 90.32 ($Z = 4.5320$, $p = .0000$); en el área de Emociones Agradables en la primera evaluación fue de 67.10 subiendo a 86.07 posteriormente ($Z = 6.0834$, $p = .0000$); en el área de Probando Auto-control fue de 65.95 cambiando a 80.20 ($Z = 4.279$, $p = .000$); en lo que respecta a Tentaciones para el Uso de Alcohol se tuvo el puntaje de 73.10 aumentando a 86.65 ($Z = 5.7162$, $p = .0000$); en Conflicto con Otros inicialmente se obtuvo el 78.37 aumentando ligeramente a 87.89 ($Z = 4.6260$, $p = .0000$); en Presión Social el primer puntaje fue de 63.20 incrementándose a 82.50 ($Z = 5.9863$, $p = .0000$) y por último en el área de Momentos Agradables en la evaluación inicial fue de 62.90 subiendo considerablemente a 82.95 ($Z = 6.1792$, $p = .0000$). Ver figura 20.

FIGURA 20. CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL (CCS)

Comparación Pre / Post-tratamiento



n = 80

Para la justificación del objetivo de la presente investigación se correlacionaron pre post-tratamiento cada una de las ocho áreas del CCS con algunas variables del patrón de consumo como lo son: frecuencia y cantidad consumida; también se correlacionó con variables que reportan el estado emocional de los sujetos: satisfacción en su estilo de vida y termómetro del estado de ánimo, así como la percepción de su problema de consumo de alcohol, variables obtenidas de los Cuestionarios de Entrevista Inicial y de Seguimiento con excepción de cantidad consumida que es obtenida a través del LIBARE.

En las tablas 1a. y 1b. con estructura de doble entrada se presentan las correlaciones realizadas a través de la prueba de Spearman de las variables mencionadas anteriormente, como se puede observar en las tablas se presentan los Coeficientes de Correlación y la Significancia de las comparaciones apreciando gran diferencia en los resultados pre/ post-tratamiento ya que en el pre no se observan resultados relevantes y en el post-tratamiento la mayoría de los resultados tienen una diferencia estadísticamente significativa con una correlación negativa en las variables de frecuencia, cantidad de consumo y percepción del problema; esto significa que a mayor confianza (puntajes más altos en CCS) menor puntaje en las variables de frecuencia, cantidad y percepción de su problema.

Para las variables de termómetro y nivel de satisfacción se encontró una correlación positiva, es decir, a mayor confianza más satisfacción con su estilo de vida y mejor estado de ánimo.

Tabla 1a. Correlaciones y Significancia del CCS.

CCS	SPEARMAN	FRECUENCIA		CANTIDAD	
		PRE	POST	PRE	POST
EMOCIONES DESAGRA.	Coef. Corr.	-.1758	-.3721	-.1429	-.3805
	Significancia	.124	.001	.206	.000
MALESTAR FISICO.	Coef. Corr.	-.1966	-.5080	.0664	-.3376
	Significancia	.085	.000	.558	.002
EMOCIONES AGRADABLES.	Coef. Corr.	.0330	-.3354	-.1729	-.3253
	Significancia	.775	.002	.125	.003
AUTO. CONTROL.	Coef. Corr.	.0935	-.1712	-.2220	-.4847
	Significancia	.416	.129	.048	.000
TENTACIONES PARA USAR.	Coef. Corr.	-.0970	-.4232	-.0767	-.3173
	Significancia	.398	.000	.499	.004
CONFLICTO CON OTROS.	Coef. Corr.	-.1076	-.3198	-.0304	-.2923
	Significancia	.348	.004	.789	.009
PRESION SOCIAL.	Coef. Corr.	.0108	-.3069	-.3352	-.3963
	Significancia	.925	.006	.002	.000
MOMENTOS AGRADABLES.	Coef. Corr.	-.0371	-.3220	-.2576	-.3922
	Significancia	.747	.004	.021	.000

Tabla 1b. Correlaciones y Significancia del CCS.

CCS	SPEARMAN	PERCEPCION		SATISFACCION		TERMO.
		PRE	POST	PRE	POST	POST
EMOCIONES	Coef. Corr.	-.2594	-.5851	.2116	.5126	.5778
DESAGRA.	Significancia	.020	.000	.060	.000	.000
MALESTAR	Coef. Corr.	-.1178	-.4140	.0937	.4047	.4424
FISICO.	Significancia	.298	.000	.409	.000	.000
EMOCIONES	Coef. Corr.	-.0461	-.3438	.0143	.3829	.3957
AGRADABLES.	Significancia	.685	.002	.900	.000	.000
AUTO-	Coef. Corr.	-.1486	-.5871	-.1587	.3557	.3584
CONTROL.	Significancia	.188	.000	.160	.001	.001
TENTACIONES	Coef. Corr.	-.2578	-.5130	.0608	.4971	.4573
PARA USAR.	Significancia	.021	.000	.592	.000	.000
CONFLICTO	Coef. Corr.	-.1503	-.5394	.2384	.4957	.5322
CÓN OTROS.	Significancia	.183	.000	.033	.000	.000
PRESSION	Coef. Corr.	-.1384	-.3479	-.0310	.4668	.4676
SOCIAL.	Significancia	.228	.002	.785	.000	.000
MOMENTOS	Coef. Corr.	-.1289	-.4213	-.0014	.4343	.4939
AGRADABLES.	Significancia	.254	.000	.940	.000	.000

Presentación y Comparación de 2 casos que ejemplifican el éxito y el fracaso del cambio.

En este apartado se realizó la comparación entre las características sociodemográficas, patrón de consumo, daños y consecuencias, auto-percepción del estado emocional de dos sujetos y la comparación pre / post-tratamiento del Cuestionario de Confianza Situacional de la media total de la muestra (n = 80) con los puntajes de cada uno de los sujetos en donde las iniciales D.J.S. corresponden al sujeto no. 1 el cual se caracteriza por presentar cambios

negativos al final del tratamiento y las iniciales de M.M.G corresponden al sujeto no. 2 que obtuvo cambios positivos.

En la tabla no. 2 se presentan las características sociodemográficas de los sujetos seleccionados observando diferencias en cuanto a sexo, edad, estado civil y estado laboral con excepción del nivel educativo en el cual ambos tienen 11 años de estudio que equivale al nivel de bachillerato.

Tabla 2. Características Sociodemográficas de los Sujetos 1 y 2.

Características Sociodemográficas	Sujeto No. 1	Sujeto No. 2
Sexo	Femenino	Masculino
Edad	49 años.	20 años.
Estado Civil	Separado	Soltero
Nivel Educativo	11 años	11 años
Estado Laboral	Trabaja por su cuenta	Medio tiempo

La comparación del Patrón de consumo se presenta en la Tabla no. 3 en donde la primera parte de la tabla corresponde a los datos obtenidos únicamente en la primera evaluación donde se observa que el sujeto no. 1 tiene una dependencia severa al alcohol y el sujeto no. 2 una dependencia media y en la segunda parte de la tabla se presentan los datos pre y post-test de ambos sujetos en donde se observan grandes diferencias en las variables del patrón de consumo principalmente en la cantidad y frecuencia.

Tabla 3. Patrón de Consumo de los Sujetos 1 y 2. (Primera parte)

Patrón de consumo	Sujeto no. 1	Sujeto no. 2
Total de años de consumo	34	2
Años de ser bebedor excesivo	1	2
Años de ser bebedor problema	1	1
Dependencia al alcohol (EDA)	34 puntos (dependencia severa)	16 puntos (dependencia media)

Tabla 3. Segunda parte

Patrón de consumo	Sujeto no. 1		Sujeto no. 2	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Pos-test
Tipo de bebida				
Cerveza:	50 %	0%	20%	70%
Destilados:	50%	100%	80%	30%
Frecuencia	3-6 veces por sem.	Diario	3-6 veces por sem.	1 vez al mes
Cantidad	22 copas	12 copas	0 copas	4 copas
% de consumo	15%	13.9%	20.8%	2.8%
Porcentaje del tiempo de abstinencia	85%	86%	77%	97%
Porcentaje del tiempo de consumo de 1 a 4 copas	3.4%	0%	7.8%	2.8%
Porcentaje del tiempo de consumo de 5 a 9 copas	.6%	0%	13.3%	0%
Porcentaje del tiempo de consumo de < de 10 copas	11.1%	13.9%	2.3%	0%
no. max. de copas	22	34	22	4
Consumo Diario	16 copas	24 copas	7 copas	4 copa

A continuación se presentan los daños y consecuencias que son producto del consumo de alcohol, en la tabla no. 4 se comparan los niveles de daño pre / post-tratamiento de ambos sujetos mencionados anteriormente, se observa que el sujeto no. 1 presentó mayores consecuencias en su evaluación post-test con relación a su evaluación pre-test y principalmente una gran diferencia con el sujeto no. 2 el cual en su evaluación post-test no presentó daños ni consecuencias por el consumo de alcohol.

Tabla 4. Daños y Consecuencias de la Conducta de Consumo

Daños y Consecuencias	Sujeto n o . 1		Sujeto n o . 2	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Pos-test
Daño Físico	ninguno	en tratamiento	ninguno	ninguno
Daño Cognitivo	ninguno	prob. Memoria	prob. Memoria	ninguno
Daño Afectivo	menor	ninguno	menor	ninguno
Problemas Interpersonales	ninguno	ninguno	mayor	ninguno
Agresión	ninguno	ninguno	verbal	ninguno
Prob. Laborales	menor	menor	menor	ninguno
Prob. Legales	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno
Problemas Financieros	menor	ninguno	menor	ninguno
No trabajó por beber alcohol	12 días	90 días	0 días	0 días
Arrestos	0	0	3	0
Hospitalización	no	30 días	no	no

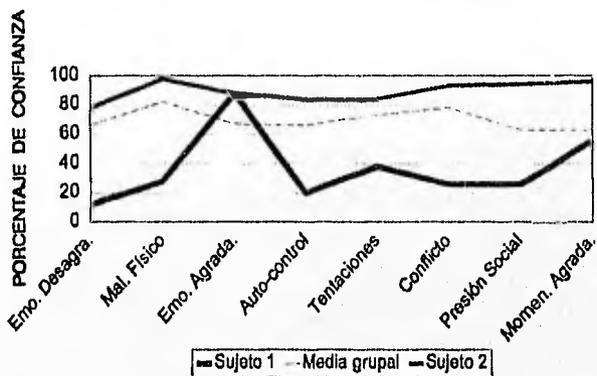
La siguiente tabla muestra la comparación de la auto-percepción de su problema de alcohol, el estilo de vida y su estado de ánimo de ambos sujetos, donde se observa que el sujeto no. 2 obtuvo resultados positivos en la medida post-test y por el contrario en el sujeto no. 1 fueron negativos.

Tabla 5. Auto-percepción del Estado Emocional

	Sujeto no. 1		Sujeto no. 2	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Pos-test
Problema de alcohol	Un problema mayor	Problema muy grave	Problema menor	No es un problema
Estilo de vida	Satisfecho	Muy Insatisfecho	Inseguro	Satisfecho
Estado de Ánimo	P é s i m o		B i e n	

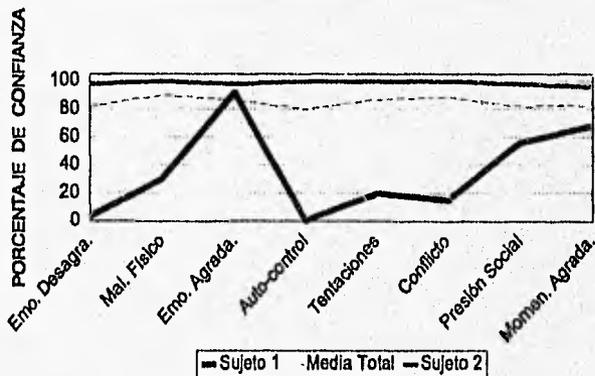
Al comparar los datos del CCS de ambos sujetos antes y después del tratamiento, se confirma la utilidad del instrumento. Ya que mientras el Sujeto no.1 presentó puntajes muy bajos (por abajo de la media grupal) antes del tratamiento, ver gráfica 21 el Sujeto no.2 presenta puntajes altos en todas las áreas aún antes de iniciar el tratamiento y éstos aumentan más en la evaluación de seguimiento (gráfica 22). La importancia de estos datos se retoma en las conclusiones.

FIGURA 21. CCS PRE-TRATAMIENTO
 Comparación entre sujeto 1, 2 y la media grupal



n = 80

FIGURA 22. CCS POST-TRATAMIENTO
 Comparación entre sujeto 1, 2 y media total.



n = 80

VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Para iniciar la parte final de este trabajo es importante recordar que el Cuestionario de Confianza Situacional (CCS, Annis, 1982b.) es un instrumento de auto-reporte integrado por 100 reactivos y diseñado para medir el concepto de auto-eficacia que postula Bandura, en relación a la percepción del cliente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo de consumo excesivo de alcohol y estas situaciones se basan en el trabajo de Marlatt y asociados (Marlatt, 1978,1979; Marlatt and Gordon, 1980).

En la actualidad, gran cantidad de información en el campo de las adicciones apoya la idea de que tener puntajes altos en el concepto de la auto-eficacia esta asociado con resultados positivos en el tratamiento (Annis and Davis, 1988; Coelho, 1984; Colletti, Supnick and Payne, 1985; Conditte and Lichtenstein, 1981; DiClemente, 1981; Jeffery et al., 1984; Marlatt and Gordon, 1985; McIntyre and Reid, 1982; y Rist and Watzl, 1983).

También se tiene la información de que en otros países, como lo es Canadá, este instrumento (CCS) que mide auto-eficacia ha demostrado ser útil en la predicción de éxito en el tratamiento (Annis, 1988) y por lo tanto se decidió probar en México.

Por tal motivo se realizó este trabajo para saber si los pacientes que modifican su confianza situacional a través del tratamiento reducen su consumo de alcohol teniendo a su vez éxito en el mismo, es decir, la meta es determinar si los cambios en la auto-eficacia medida a través del Cuestionario de Confianza

Situacional se correlacionan con cambios en el patrón de consumo y si el nivel de auto-eficacia de los sujetos sirve o ayuda para predecir el éxito del tratamiento, objetivo que los resultados confirman.

Los resultados obtenidos de la investigación al hacer la comparación de un sólo grupo pre-post tratamiento del CCS se encontró que hubo un incremento en el puntaje de cada una de las ocho áreas que mide este instrumento, esto es que los sujetos durante el período pre-post aumentaron su confianza ante las situaciones de riesgo.

Cabe aclarar que los sujetos al inicio del tratamiento obtuvieron puntuaciones altas en las subescalas del CCS como lo muestra la media más baja con 62 puntos en la subescala de momentos agradables que indica una confianza moderada y la media más alta con un puntaje de 81 en la subescala de malestar físico que se interpreta como mucha confianza. Estos resultados logran demostrar lo que señala Blane, H.T (1993) en su trabajo en donde afirma que cuando hay una alta auto-eficacia (confianza situacional) al inicio del tratamiento se pueden predecir resultados de éxito al final de éste.

Los resultados encontrados en cuanto al patrón de consumo confirman lo que la Encuesta Nacional de Adicciones menciona en donde un alto porcentaje de la población mexicana cuando bebe tiende a hacerlo hasta llegar a la embriaguez (Sepúlveda, 1994), esto es, el patrón de consumo de esta población se caracteriza por ser esporádico pero excesivo (explosivo) que consiste en tener periodos largos de abstinencia con episodios de consumo excesivo, lo cual se observa en los resultados del pre-tratamiento en donde el 51.3% de la muestra consume más de 10 copas por ocasión con un máximo de 18 y el 47.4% de la misma lo hace de 1 a 2 veces por semana en donde el porcentaje del tiempo de abstinencia del

total de la población durante el lapso de un año es del 75%.

Es importante mencionar que en la Encuesta Nacional de Adicciones (1993) se presentan las siguientes características en cuanto a preferencia por tipo de bebida consumida siendo así: el 70.9% consume cerveza, el 50% destilados y el 41.9% lo conforman personas que consumen otro tipo de bebida (vinos, cooler, pulque y alcohol de 96°), en la entrevista inicial se encontró que el 61% de los sujetos consumen destilados (este dato concuerda con reportes de la literatura internacional (Selzer et al.,1977) que dice que el consumo excesivo se asocia al consumo de destilados). Durante la post-evaluación se observa una disminución en el consumo de destilados y un incremento en el consumo de cerveza y vinos, bebidas más asociadas a un consumo moderado. Estos datos se hacen más obvios al observar el tipo de bebida consumida por los dos casos que se presentan al final del capítulo anterior.

En la comparación pre-post de las variables de patrón de consumo se encontraron resultados positivos ya que hubo una disminución en las categorías que indican una frecuencia alta, incrementándose el porcentaje de sujetos que consumen con una frecuencia menor, en cuanto a la cantidad que beben por ocasión se presentó una disminución de 9.4 a 6.3 copas y el número máximo de copas disminuyó a casi la mitad del puntaje inicial. Con todos estos resultados se infiere que existe una relación entre el incremento de la confianza situacional (auto-eficacia) medida a través del CCS y los resultados positivos encontrados en las variables del patrón de consumo, lo cual es una confirmación de lo que menciona la Dra. Annis que al incrementar la auto-eficacia se presentarán cambios positivos en su forma de beber y por ende éxito en el tratamiento.

Para confirmar lo anterior se hicieron correlaciones mediante la prueba de

Spearman pre / post-tratamiento entre las ocho subescalas del CCS y las variables de frecuencia y cantidad de consumo, encontrándose en el post un coeficiente de correlación negativa para todas las subescalas, siendo estadísticamente significativa; por lo que se puede interpretar que a mayor confianza para el enfrentamiento de situaciones de alto riesgo (auto-eficacia) menor será la frecuencia de la ingestión de bebidas alcohólicas.

Para realizar un análisis más fino sobre estos resultados se aplicó la prueba de regresión lineal para encontrar el área del CCS que mejor se relaciona con frecuencia y cantidad, en este caso el área que mejor predice la frecuencia de consumo es malestar físico que significa que a mayor puntaje de confianza en esta escala los sujetos disminuyen su frecuencia. Para la cantidad de consumo las subescalas que mejor se relacionan son presión social, auto-control y tentaciones para usar indicando que si se tiene mayor confianza en éstas menor será la cantidad que se consuma.

Así mismo se observaron diferencias importantes en la comparación pre-post en cuanto a cómo los sujetos perciben su problema de consumo de alcohol y el nivel de satisfacción en su estilo de vida que en su mayoría son estadísticamente significativas lo que nos revela que al darse cambios positivos en el patrón de consumo los sujetos percibirán su problema como menor o nulo y por lo tanto se sentirán más satisfechos con su estilo de vida y su estado de ánimo será mejor afirmación que se basa en los resultados obtenidos de la aplicación de una medida de auto-reporte (térmometro) seis meses después de terminado el tratamiento en donde el 77.5% de la muestra reportó sentirse entre bien y muy bien en su estado de ánimo.

Al encontrar estas diferencias se aplicó la prueba de Spearman para buscar

alguna relación entre las escalas del CCS y éstas variables. Se obtuvo una correlación negativa en la variable de percepción del problema con una probabilidad asociada estadísticamente significativa en el post-tratamiento, se puede interpretar que a mayor confianza en las áreas de riesgo (CCS) los sujetos percibirán su problema de consumo de alcohol menor y al encontrar correlaciones positivas con las variables ya mencionadas se concluye que a mayor confianza ante situaciones de riesgo mayor será el nivel de satisfacción en su estilo de vida y se sentirá mejor emocionalmente.

A estas variables también se les aplicó un análisis de regresión lineal encontrando que las escalas que mejor se relacionan con la percepción de su problema son auto-control y emociones desagradables, es decir, el puntaje de estas escalas permitirá predecir mejor esta variable. La escala del CCS que mejor predice el nivel de satisfacción con su estilo de vida es tentaciones para usar significando que a mayor confianza en esta área mejor se sentirá con su forma de vida y por último las áreas que mejor se relacionan con el estado de ánimo fueron auto-control y momentos agradables.

Todos los resultados que arrojan las comparaciones realizadas con el Cuestionario de Confianza Situacional nos demuestran la solidez del instrumento en el sentido de que ha mostrado su utilidad en una población distinta con la que se ha trabajado y en donde los resultados han sido exitosos. Es distinta principalmente en su patrón de consumo (cantidad / frecuencia) y en las expectativas que tienen con respecto a las bebidas alcohólicas.

Hasta aquí los resultados muestran la utilidad del CCS sin embargo, es importante indicar que la muestra tiene las siguientes características que la hacen limitada y específica ya que se encierra dentro de la definición de un bebedor

problema al presentar pocos años de serlo, de tener redes de apoyo social y tener problemas por su consumo pero sin haber experimentado síntomas graves de abstinencia, teniendo un patrón de consumo que se caracteriza por ser esporádico y excesivo que consiste en tener períodos largos de abstinencia o un consumo moderado no problemático con episodios de consumo excesivo que causan consecuencias negativas (Ayala, H. Gutiérrez, M., CONADIC, 1993).

La muestra presenta un perfil en donde se tiene una edad promedio de 36 años siendo el 77.5 % hombres, en donde el 55% de la muestra es casada con un nivel promedio de licenciatura y con una mayoría (75.2%) que cuenta con un trabajo de tiempo completo y medio tiempo. Estas características nos llevan a concluir que son personas con una edad adecuada para lograr un cambio en su vida que en su mayoría cuentan con una estructura familiar integrada y un trabajo relativamente estable teniendo así redes de apoyo social propicias para lograr y mantener un cambio. Además presentan un nivel educativo alto lo cual facilita la asimilación del tratamiento y la comprensión de los instrumentos y materiales que en él se utilizan.

Es importante mencionar lo anterior pues nuestra sugerencia es que se siga utilizando este instrumento con otro tipo de tratamientos y de bebedores en diferentes grados de dependencia para fortalecer el instrumento, pero la utilidad del CCS como predictor de éxito no debe olvidarse, desecharse o dejarse de lado, pues los datos obtenidos en la última sección de los resultados muestran que puntajes bajos en la auto-eficacia al inicio del tratamiento se relacionan con menor probabilidad de éxito y puntajes altos (a parte de otras variables) se relacionan con éxito en el tratamiento como lo señalan otros autores (Selzer, 1977; Annis 1987).

Para concluir, este instrumento y otras variables clave pueden ser utilizadas como indicadores de éxito en un tratamiento, y así identificar las características idóneas en los sujetos y adecuarlas al tratamiento más exitoso para ellos, reduciendo la deserción y el costo de éste.

Se sugiere que en un futuro se realicen otras investigaciones que permitan conocer la relación que pueda existir entre los puntajes de auto-eficacia en las situaciones de riesgo y las situaciones de riesgo reportadas durante las recaídas.

REFERENCIAS

ANNIS, M. H. and DAVIS, C. S. (1988). **Assessment of Expectancies**. In: From, D.M., Donovan and Marlatt, G.A. (Eds.) **Assessment of Addictive Behaviors** New York. Guilford Press. Pp. 84-111.

AYALA V.H. y GUTIERREZ L.M. (1993). **Una Revisión de Programas de Tratamiento para el consumo de excesivo de alcohol**. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Marzo-abril No. 16. Pp. 1-10.

BAEKELAND, F. L.; LUNDWALL, L. and KISSIN, B. (1975). **Methods for the treatment of chronic alcoholism: A critical appraisal**. In: Gibbins, R.J., Israel, Y., Kalant, H. Popham, R.E., Schmidt, N., and Smart, R.G. **Research Advances in Alcohol and Drug Problems**. Vol. 2, New York, Wiley.

BLANE H.T, LEONARD K. E. (1987). **Psychological Theories of Drinking and Alcoholism**. Cap. 3. Guilford, New York.

BLANE H. T.(1993). **Preventing Relapse: The Role of Self-Efficacy and Aftercare**. Research In Brief. Research Institute on Addictions. Buffalo, New York. Pp. 93-95.

BLANE H.T. (1995). Women's Drinking More Like Men's Than Previously Thought. Research in Brief. Research Institute on Addictions. Buffalo, New York. Pp. 1-2.

CAMPBELL, D. y STANLEY, J. (1982). Diseños experimentales y cuasiexperimentales de la Investigación social. Buenos Aires Argentina. Ed. Amorroutu. Pp. 93-98.

CONNORS, J. G., PH.D., TARBOX, R. A., PH.D., and FAILLACE, L.A., M.D. (1993). Changes in Alcohol Expectance and Drinking Behavior among Treated Problem Drinkers. Journal of Studies on Alcohol. Buffalo, New York, November. Pp. 676-683.

CONNORS, G.J. O'FARRELL, T.J. and PELCOVITS, M.A. (1988). Drinking outcome expectancies among male alcoholics during rlapse situations. Brit. J. Addict. 83: 561-566.

CRITCHLOW, B.(1986). The powers of John Barleycorn: Beliefs about the effects of alcohol on social behavior. Amer. Psychologist 41: 751-764.

CURLEE, J. (1971). Sex Differences in Patient Attitudes Toward Alcoholism Treatment. Quartely Journal of Studies on Alcohol, 32. Pp. 643-650.

WILSON, G. T. (1988). **Alcohol Use and Abuse: A Social Learning Analysis.** In: Douglas Chaudron C. and Adrian Wilkinson D. **Theories on Alcoholism.** (Eds),Ed. Addiction Research Fundation. Toronto , Canadá. Pp. 239-287.

ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. México, 1993.

EVANS, D. M. PH.D., and JO DUNN, N. PH.D.(1994). **Alcohol Expectancies, Coping Responses and Self-Efficacy Judgments: A Replication and Extension of Cooper et al.' s 1988 Study In a College Sample.** Department of Psychology, Bowling Green. State University, Bowling Green. May Pp. 186-192.

GEWIRTZ , J. L. and PELAEZ, N. M. **Expectancy: Sleight-of-Hand Mentalism, Not Mechanism or Process.** American Psychologist. 1993. Pp. 1156-57.

GOLDMAN, M.S.(1989). **Alcohol Expectancies as Cognitive-Behavioral Psychology: Theory and Praticce.** In: Loberg, T., Miller, W.R., Nathan, P.E. and Marlatt, G.A. (Eds.) **Addictive Behaviors: Prevention and Early Intervention,**Amsterdam: Swets & Zeitlinger, pp. 11-30.

GOLDMAN, M.S., BROWN, S.A. and CHIISTIANSEN, B.A.(1987). **Expectancy Theory: Thinking about Drinking.** In: Blane, H.T. and Leonard, K.E. (Eds.) **Psychological Theories of Drinking and Alcoholism,** New York: Guilford Press. Pp. 181-226.

GOLDSTEIN, A.P. & STEIN, N.(1976). **Prescriptive psychotherapies**, New York, Pergamon.

HERRERA, N. (1987). **¿Bebedor o Alcohólico?, Hacia una Detección Oportuna**. Información Científica y Tecnológica. Vol. 9, Num. 124. Enero, Pp. 23-26.

LANG, A.R. and MICHALEC, E.M. (1990). **Expectancy Effects in Reinforcement from Alcohol**. In: Cox, W.M. (Ed.) **Why People Drink: Parameters of Alcohol as a Reinforcer**, New York: Gardner Press, Inc. Pp. 193-232.

MAISTO, S.A., CONNORS, G.J. and SACHS, P.S. (1981). **Expectation as a Mediator In Alcohol Intoxication: A reference level model**. *Cog. Ther. Res.* 5: 1-18.

MARLATT G. A, BAER J. S, DONNOVAN D.M, KIVLAHAN D.R (1988). **Addictive Behaviors: Etiology and Treatment**. *American Review of Psychology*. No. 39. Pp. 223-252.

MARLATT, G. A. and ROHSENOW, D.J. (1980). **Cognitive Processes in Alcohol use: Expectancy and the Balanced Placebo Design**. In: Mello, N.K. (Ed.) **Advances in Substance Abuse: Behavioral and Biological Research**, Vol. 1, Greenwich, Conn. JAI Press, Inc. Pp. 159-199.

MARLATT, G.A. (1985). **Cognitive Factors in the Relapse Process**. In: Marlatt, G. A, Gordon J.R (Eds.) **Relapse Prevention Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors**. Guilford, New York.

Martínez, S.R. y Oviedo, C.P. (1994). **Curso de Entrenamiento para Padres de Familia para Mejorar el Ambiente Familiar y Prevenir el Abuso de Alcohol entre sus Hijos Adolescentes**. Pp. 34-60.

MEDINA-MORA, M.E., TAPIA-CONYER, R.; VILLATORO, J., SEPULVEDA, J., MARIÑO, M.C., (1991). **Patrones de Consumo de Alcohol y Síntomas de Dependencia en una Región del Centro de la República Mexicana**. *Revista Latinoamericana sobre Alcohol y Drogas*. Pp. 47-58.

ROLLNICK, S. and HEATHER. (1982). **The Application of Bandura's Self-Efficacy Theory to Abstinence-Oriented Alcoholism Treatment**. *Addictive Behaviors*, Vol 7. USA. Pp. 243-250.

ROSOVSKY, H., NARVÁEZ, A., BORGES, G., GONZÁLEZ, L. (1991). **Evolución del Consumo Per capita de Alcohol en México**. *Salud Mental*. Vol. 15 No. 1. Pp. 35-41.

SECRETARÍA DE SALUD Y CONADIC. Programa Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. 1992-1994. pp. 13-67.

SELZER, M.L., VINOKUR, a. and WILSON, T.D A (1977). **Psychosocial comparison of drunken divers and alcoholics.** J. Stud. Alcohol 38: 1294-1312.

OSEPÚLVEDA, A. J. **Las Adicciones: El reto de hoy y del futuro.** Periódico: El Día, 4 de octubre de 1994. Pp. 19-21.

SIEGEL, S. **Estadística no Paramétrica. Aplicada a las Ciencias de la Conducta.** Ed. Trillas. México, D.F. 1994. Pp. 91-109, 232-245 y 281.

SOBELL, L. C., and SOBELL, M. A. (1988). **Behavioral Assessment and Treatment Planning with Alcohol and Drug Abusers: a Review with an Emphasis on Clinical Application.** Clinical Psychology Review, Vol. 8. USA, Pp. 19-54.

SOBELL, L.C., and SOBELL, M.A. (1994). **Programa de Tratamiento de Auto-control Dirigido.** Manual de Procedimientos. Adaptación y Versión al Español de Ayala, V.H., et.al. México. Pp. 1-12.

SOBELL, M. A.(1993). **Assessment: A Runnig Start.** In: Sobell M. A, Sobell L. C. (Eds.). **Problem Drinkers : Guied Self-Change for Problem Drinkers.** Guilford Press. Nueva York. Pp. 62-68.

SOLOMON, E. K., and ANNIS M. H. (1989). **Development of a Scale to Measure Outcome Expectancy in Alcoholics.** Cognitive Therapy and Research Vol. 13, No. 5. Toronto, Canadá. Pp. 409-421.

SOLOMON, E. K., and ANNIS M. H. (1990). Outcome and Efficacy Expectancy In the Prediction of Post-Treatment Drinking Behaviour. British Journal of Addiction. Toronto, Canada. Pp. 659-665.

WILLIAM H., GEORGE, PH.D., MICHAEL R. FRONE, PH.D., M. LYNNE COOPER, PH.D., MARCIA RUSSELL, PH.D., JEREMY B. SKINNER, PH.D., and MICHAEL WINDLE, PH.D. A Revised Alcohol Expectancy Questionnaire: Factor Structure Confirmation and Invariance in a General Population Sample. Department of Psychology. NI-25. University of Washington. July 26, 1994. Pp. 177-184.

CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL ¹

C C S

GUIA DEL USUARIO

**AUTORES: HELEN M. ANNIS
J. MARTIN GRAHAM
ADDICTION RESEARCH FOUNDATION**

TRADUCCION Y ADAPTACION AL ESPAÑOL:

L. ECHEVERRIA

P. OVIEDO

G. CARDENAS

H. AYALA

FACULTAD DE PSICOLOGIA, U.N.A.M.

¹. SITUATIONAL CONFIDENCE QUESTIONNAIRE

ANEXO 1

C O N T E N I D O

I. INTRODUCCION	3
II. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO	4
III. CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS	5
IV. FORMA DE ADMINISTRACION	7
V. FORMA DE CALIFICACION	8
VI. INTERPRETACION	9
VII. VENTAJAS Y LIMITACIONES	10
BIBLIOGRAFIA	13

CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL

DESARROLLO DEL INSTRUMENTO

I. INTRODUCCION

En años recientes ha habido un interés creciente en el uso de aproximaciones cognitivo-conductuales para explicar la conducta adictiva. Un concepto central de esta aproximación es el de auto-eficacia. Bandura (1977, 1986) define auto-eficacia como la creencia que tiene el individuo sobre su habilidad para afrontar en forma efectiva, situaciones de alto riesgo. En la actualidad, gran cantidad de información en el campo de las adicciones apoya la idea de que el desarrollo de la auto-eficacia esta asociado con resultados positivos en el tratamiento. (Annis and Davis, 1988; Coelho, 1984; Collett, Supnick and Payne, 1985; Condiotte and Lichtenstein, 1981; DiClemente, 1981; Jeffery et al., 1984; Marlatt and Gordon, 1985; McIntyre and Reid, 1982; and Rist and Watzl, 1983).

En un paciente alcohólico se espera que, tener experiencias exitosas al tratar de controlar su consumo excesivo, ante una variedad de situaciones de alto riesgo, incremente su auto-eficacia para afrontar situaciones de alto riesgo y de este modo se decremente la posibilidad de una recaída.

EL CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL (CCS); fué desarrollado como un instrumento para que los terapeutas midan, durante el tratamiento, la

evolución de la auto-eficacia del paciente en relación a situaciones de riesgo específicas durante el tratamiento. También se emplea como una medida (auto-eficacia/situaciones de riesgo) para investigadores interesados en estudiar los resultados del tratamiento y el proceso de recaída.

II. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

El cuestionario de Confianza Situacional (CCS), diseñado para medir el concepto de auto-eficacia de Bandura, en relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente situaciones de riesgo para abusar del alcohol. Es un cuestionario de auto-reporte integrado por 100 reactivos.

Las situaciones en las que se consume alcohol, medidas por el cuestionario, se basan en el trabajo de Marlatt y asociados (Marlatt, 1978, 1979; Marlatt and Gordon, 1980), quienes encontraron que estas 100 situaciones podían agruparse:

1) SITUACIONES PERSONALES, en donde el beber involucra la respuesta a un evento que es de naturaleza psicológica o física; se subdivide en 5 categorías:

- emociones desagradables
- malestar físico
- emociones agradables
- probando auto-control
- necesidad física o urgencia por consumir

2) SITUACIONES DE GRUPO, en donde la influencia significativa de terceras personas esta involucrada; se subdividen en 3 categorías:

- conflicto con otros
- presión social
- momentos agradables

El Cuestionario de Confianza Situacional fue diseñado para proporcionar una medida que sea sensible para medir el grado de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías o situaciones de riesgo relacionadas con el beber en exceso.

III. CARACTERISTICAS PSICOMETRICAS DEL CCS

Con el fin de medir las propiedades psicométricas del instrumento se aplicó el cuestionario a una muestra de 424 clientes admitidos en dos tratamientos de alcoholismo en la Addiction Research Foundation en Canadá, y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. El 27% eran mujeres y el 73% eran hombres. La mayoría no estaban casados. Su edad entre 18 y 76 años. El 44.2% tenían estudios de preparatoria y un 25.5% tenían estudios profesionales. El consumo promedio de la muestra durante el año anterior fue de 9.8 tragos estandar por día y una frecuencia promedio de 4.4 días a la semana. El número promedio de años del problema fue de 8.1 y en la Escala de Dependencia al Alcohol (Skinner y Horn, 1984) se obtuvo un puntaje promedio de 17.5. Todos los pacientes resolvieron el cuestionario CCS al momento de ingresar al tratamiento.

ESTRUCTURA INTERNA: Los puntajes de cada una de las 8 categorías conformaron una distribución normal.

VALIDEZ DEL CONSTRUCTO: El constructo de auto-eficacia, conceptualizado por Bandura (1977) se define como una variable cognitiva que involucra un juicio relacionado con la habilidad que uno tiene para resistir la necesidad de beber en exceso y para identificar el nivel de confianza en cada una de las 8 categorías.

Para obtener la validez del constructo del CCS se correlacionó cada una de las 8 categorías con medidas de consumo de alcohol y con medidas del contexto social donde se bebe. Los resultados apoyan la validez del constructo del CCS.

VALIDEZ DE CRITERIO: El Cuestionario de Confianza Situacional demostró discriminar significativamente entre personas exitosas en su tratamiento (un año de abstinencia después del tratamiento) y pacientes recién admitidos a un programa de tratamiento. También demostró utilidad para predecir situaciones en donde una recaída puede ocurrir.

CONFIABILIDAD: Se encontró que cada una de las 8 categorías del CCS muestran confiabilidad para ser aplicadas a individuos que buscan tratamiento por ser bebedores excesivos.

IV. FORMA DE ADMINISTRACION DEL CCS

El CCS puede ser aplicado utilizando lápiz y papel o en un formato computarizado y se requiere de 20 minutos aproximadamente para completar el cuestionario de 100 reactivos. Puede ser aplicado en forma individual o en grupo. El CCS no puede ser aplicado cuando una persona se encuentra bajo los efectos del alcohol o bajo los efectos del síndrome de abstinencia.

Las Instrucciones que se deben dar al cliente son las siguientes:

- A continuación se le presentan una lista de situaciones o eventos ante los cuales algunas personas consumen en exceso bebidas alcohólicas.

x

- Imagínese que en este momento está usted en cada una de estas situaciones. Indique en la escala que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso estando en esa situación.

x

- Cada uno de los 100 reactivos se contesta en una escala que va de 0 a 100 puntos. Encierre en un círculo:
 - 100, si está 100% seguro de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación;
 - 80, si está 80% seguro de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación;
 - 40, si está 40% seguro de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación;
 - 20 si está 20% seguro de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación;
 - 0 si se encuentra totalmente inseguro ante esa situación.

La definición de "consumo excesivo" es subjetiva y se basa en la percepción de la persona que contesta el cuestionario de lo que para el/ella significa "exceso".

V. FORMA DE CALIFICACION

Los 100 reactivos se califican de la siguiente manera:

- una respuesta de "0" = 0
- una respuesta de "20" = 1
- una respuesta de "40" = 2
- una respuesta de "60" = 3
- una respuesta de "80" = 4
- una respuesta de "100" = 5

Se calculan 8 puntajes que corresponden a las 8 categorías, sumando simplemente los puntos de los reactivos que corresponden a cada una de las subescalas.

Los 8 puntajes obtenidos se pueden convertir en un puntaje final, esto se hace dividiendo cada puntaje obtenido entre el puntaje máximo posible en esa categoría

y multiplicando por 100. La fórmula para calcular el "INDICE DEL PROBLEMA" se encuentra en la TABLA 1.

VI. INTERPRETACION

Los puntajes del CCS pueden ser interpretados desde 3 perspectivas distintas:

1. PUNTAJE DE CONFIANZA
2. PERFIL DEL CLIENTE
3. COMPARACION DE PUNTAJES CRUDOS CON LA NORMA ¹

1. PUNTAJE DE CONFIANZA

Los puntajes de cada categoría van de 0 a 100% e indican la confianza del paciente en su habilidad para resistir la necesidad o urgencia de beber en forma excesiva en esa situación, ver TABLA 2. Por ejemplo, un puntaje de confianza de 0 a 20% en una categoría indica que el cliente no tiene o tiene muy poca confianza de poder resistir la necesidad de beber en exceso en esa situación y por lo tanto es una situación de alto riesgo para el paciente.

¹. Hasta el momento la norma canadiense.

Un puntaje de 80% indica mucha confianza o seguridad en la habilidad para controlar su consumo excesivo de alcohol ante esa situación y por lo tanto, es una situación de bajo riesgo para el cliente.

El terapeuta puede analizar cada una de las categorías, pero es mejor hacer un análisis de las 8 categorías en conjunto.

2. PERFIL DEL CLIENTE

Una jerarquía de puntajes de confianza se puede formar ordenando las 8 categorías de acuerdo a los puntajes del cliente. Aquellas situaciones que tienen los puntajes más altos representan las áreas de mayor confianza para el paciente. Es decir, donde puede controlar su consumo.

El perfil del paciente se construye graficando los puntajes de las 8 categorías en una gráfica de barras. Otra forma de obtener un perfil del cliente es agrupando las categorías en situaciones POSITIVAS, NEGATIVAS, URGENCIA.

VII. VENTAJAS Y LIMITACIONES DEL CCS

El CCS proporciona una medida de confianza, de un paciente alcohólico, de su habilidad para resistir la necesidad de beber en exceso. El perfil que resulte de los niveles de confianza en situaciones específicas puede ser de utilidad para monitorear el progreso del paciente durante el tratamiento. El CCS tiene su marco teórico en la Teoría cognitivo-conductual de Bandura y está basado en el trabajo

empírico de Marlatt y colaboradores que definieron las situaciones antecedentes que llevan a recaer a un alcohólico.

La investigación muestra que el CCS tienen confiabilidad y validez. El CCS puede ser utilizado como una herramienta de investigación o en la práctica clínica.

Sin embargo, algunas precauciones deben tomarse en cuenta. Debido a que el contenido del CCS es obvio, algunas personas tienden a maximizar su nivel reportado de confianza; esta tendencia de responder puede resultar en un perfil general muy elevado, sin embargo, las diferencias obtenidas en las distintas categorías puede seguir siendo de utilidad clínica. Más investigación se requiere para refinar las propiedades de medida de este instrumento, en particular aplicándolo a diversas poblaciones que buscan un tratamiento, para establecer la relación entre episodios de recaídas y como una herramienta para monitorear el progreso durante el tratamiento.

ADAPTACION A MEXICO

Para utilizarlo en México un equipo de psicólogos revisó cada reactivo en el idioma original y se discutieron en grupo los aspectos culturales de cada pregunta, así como aspectos técnicos (médicos, psicológicos y/o sociales). Varias opciones se dieron a cada reactivo, se mantuvo un lenguaje simple, evitando uso de metáforas y de frases coloquiales. Posteriormente se pasó a un traductor para que hiciera una revisión final del trabajo.

Posteriormente se pidió a 20 profesionales especialistas en el tema (psicólogos, médicos, antropólogos y sociólogos) que evaluaran la claridad de redacción y si las preguntas resultaban idóneas desde el punto de vista cultural. Se hizo un análisis de los resultados y se modificaron algunos reactivos.

Por último, se piloteo el instrumento utilizando una muestra que quedó formada por 55 sujetos, 68% del sexo masculino y 32% del sexo femenino, mayores de 18 años, con patrones de consumo excesivo y con un nivel educativo que iba de primaria a licenciatura.

BIBLIOGRAFIA

1. Annis, H.M.; & Davis, C.S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial finding from a treatment trial. In T.B. Baker & D. Cannon (Eds.). Addictive disorders: Psychological research on assessment and treatment. New York: Praeger Publishing Company.
2. Annis, H.M., Graham, J.M. & Davis, C.S. (1987). Inventory of Drinking Situations (IDS): User's Guide. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
3. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.
4. Coelho, R.J. (1984). Self-efficacy and cessation of smoking. Psychological Reports. 54, 309-310.
5. Marlatt, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis. In P.E. Nathan, G.A. Marlatt & T. Loberg (Eds), Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment. New York: Plenum Press.
6. Marlatt, G.A. (1979). Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis. In P.C. Kendall & S.D. Hollon (eds), Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures. New York: Academic Press.

7. Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P. Davidson & S. Davidson (Eds.), Behavioral medicine: Changing health lifestyles. New York: Brunner-Mazel.
8. Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (Eds). (1985) Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press.
9. Miller, P.J., Ross, S.M., Emmerson, R.Y., & Todt, E.H. (1987). Self-efficacy in alcoholics: Clinical validation of the Situational Confidence Questionnaire. Submitted for publication.
10. Skinner, H.A. & Horn, J.L. (1984). Alcohol Dependence Scale. ADS: User's Guide. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
11. Solomon, K.E., & Annis, H.M. (1984). Outcome Expectancy Scale. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
12. Solomon, K.E., & Annis, H.M. (1988). Development of a scale to measure outcome expectancies in alcoholics. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.
13. Solomon, K.E., & Annis, H.M. (1988). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behavior. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario.

--	--	--

ESTUDIO

--	--	--	--

USUARIO

--	--	--

REGION

--	--	--	--	--

FECHA

"CUESTIONARIO DE CONFIANZA SITUACIONAL"
DE CONSUMO DE ALCOHOL

BCQ¹

Instrucciones

A continuación se le presentan una lista de situaciones o eventos ante los que algunas personas tienen problemas por su forma de beber.

Imagínese que en este momento está en cada una de estas situaciones e indique en la escala que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso sin tener que asistir a un tratamiento.

Encierre en un círculo el 100, si está 100% seguro que puede resistir beber en exceso, 80 si está 80% seguro, encierre en un círculo 40 para indicar que está 40% seguro de poder resistir la urgencia de beber, 20 si está 20% seguro y 0 si se encuentra inseguro ante esa situación.

NOMBRE DEL USUARIO: _____

NOMBRE DEL APLICADOR: _____

¹ AUTOR: ANNIS, H.M. Ph. D.1982.
DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNAM.
ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, CANADA.

PREGUNTAS	SERIA CAPAZ DE RESISTIR LA NECESIDAD DE BEBER EN EXCESO					
	INSEGURO			SEGURO		
1. Si tuviera una discusión con un amigo (a)	0	20	40	60	80	100
2. Si estuviera deprimido	0	20	40	60	80	100
3. Si sintiera que todo va por buen camino	0	20	40	60	80	100
4. Si me sintiera mal de salud o nervioso	0	20	40	60	80	100
5. Si decidiera demostrar mi fuerza de voluntad dejando de beber después de 1 o 2 copas	0	20	40	60	80	100
6. Si mis amigos llegaran de visita y me sintiera emocionado	0	20	40	60	80	100
7. Si viera el anuncio de mi bebida favorita	0	20	40	60	80	100
8. Si me sintiera a disgusto con alguien	0	20	40	60	80	100
9. Si alguien me criticara	0	20	40	60	80	100
10. Si en la casa de alguien me invitaran una copa	0	20	40	60	80	100
11. Si no pudiera dormir	0	20	40	60	80	100
12. Si quisiera aumentar mi placer sexual	0	20	40	60	80	100
13. Si me dieran como regalo una botella de mi bebida favorita	0	20	40	60	80	100
14. Si me sintiera muy contento	0	20	40	60	80	100
15. Si estuviera en reuniones en donde siempre bebía	0	20	40	60	80	100
16. Si me entristeciera por algo que paso	0	20	40	60	80	100
17. Si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol	0	20	40	60	80	100
18. Si algunas personas me pusieran tenso	0	20	40	60	80	100
19. Si paseando con amigos, éstos entraran a una cantina a beber una copa	0	20	40	60	80	100
20. Si pensara que fresca y sabrosa puede ser mi bebida favorita	0	20	40	60	80	100
21. Si quisiera estar mas cerca de alguien que me gustara	0	20	40	60	80	100
22. Si alguien en la misma habitación estuviera bebiendo	0	20	40	60	80	100
23. Si sintiera que no tengo a quien acudir	0	20	40	60	80	100
24. Si me sintiera deprimido	0	20	40	60	80	100
25. Si me sintiera rechazado sexualmente	0	20	40	60	80	100
26. Si estuviera aburrido	0	20	40	60	80	100

PREGUNTAS	SERIA CAPAZ DE RESISTIR LA NECESIDAD DE BEBER EN EXCESO.					
	INSEGURO			SEGURO		
27. Si me sintiera presionado por mi familia por no estar a la altura de lo que esperan	0	20	40	60	80	100
28. Si la gente fuera injusta conmigo	0	20	40	60	80	100
29. Si me acordara lo bien que sabía mi bebida favorita	0	20	40	60	80	100
30. Si mis amigos me rechazaran	0	20	40	60	80	100
31. Si me sintiera seguro (relajado)	0	20	40	60	80	100
32. Si viera algo que me recordara mi bebida favorita	0	20	40	60	80	100
33. Si me sintiera harto de la vida	0	20	40	60	80	100
34. Si me sintiera confundido y necesitara pensar con mayor claridad	0	20	40	60	80	100
35. Si me sintiera solo	0	20	40	60	80	100
36. Si estuviera convencido(a) de haber cambiado y ahora poder tomar unas cuantas copas	0	20	40	60	80	100
37. Si me sintiera el "dueño" del mundo	0	20	40	60	80	100
38. Si pasara por donde venden bebidas	0	20	40	60	80	100
39. Si estuviera en la situación en la que siempre bebía	0	20	40	60	80	100
40. Si me sintiera con sueño y quisiera estar despierto	0	20	40	60	80	100
41. Si estuviera cansado	0	20	40	60	80	100
42. Si tuviera un dolor físico	0	20	40	60	80	100
43. Si me sintiera seguro de poder beber sólo unas cuantas copas	0	20	40	60	80	100
44. Si alguien cercano a mí estuviera sufriendo	0	20	40	60	80	100
45. Si pensara que no conocería mis límites respecto a la bebida, a menos que los probara	0	20	40	60	80	100
46. Si saliera con mis amigos y quisiera divertirme más	0	20	40	60	80	100
47. Si me encontrara una botella de mi bebida favorita	0	20	40	60	80	100
48. Si platicando a gusto, quisiera contar una "anécdota"	0	20	40	60	80	100
49. Si me ofrecieran una copa y no supiera como rechazarla	0	20	40	60	80	100
50. Si no te simpatizará a algunas personas	0	20	40	60	80	100
51. Si me sintiera mareado (con náuseas)	0	20	40	60	80	100
52. Si me sintiera inseguro de poder lograr lo que esperan de mí	0	20	40	60	80	100

PREGUNTAS	SERIA CAPAZ DE REGISTRAR LA NECESIDAD DE BEBER EN EXCESO.					
	INSEGURO			SEGURO		
53. Si estuviera muy presionado	0	20	40	60	80	100
54. Si dudara de mi control, respecto al alcohol, y quisiera probarlo tomando una copa	0	20	40	60	80	100
55. Si todo lo que hago me pareciera incorrecto	0	20	40	60	80	100
56. Si alguien interfiriera con mis planes	0	20	40	60	80	100
57. Si pensara que estoy "curado" y puedo controlar la bebida	0	20	40	60	80	100
58. Si todo me estuviera saliendo bien	0	20	40	60	80	100
59. Si sintiera que a nadie le importa realmente lo que me pasa	0	20	40	60	80	100
60. Si en una fiesta, otras personas estuvieran bebiendo	0	20	40	60	80	100
61. Si me sintiera inseguro y quisiera actuar mejor	0	20	40	60	80	100
62. Si aumentara la presión en mi trabajo (debido a las exigencias de mi jefe)	0	20	40	60	80	100
63. Si sintiera que no puedo hacer las cosas que intento	0	20	40	60	80	100
64. Si tuviera miedo de que las cosas no me salieran bien	0	20	40	60	80	100
65. Si me sintiera satisfecho por algo que hubiera hecho	0	20	40	60	80	100
66. Si sintiera envidia por lo que otra persona hubiera hecho	0	20	40	60	80	100
67. Si pasara frente a una cantina	0	20	40	60	80	100
68. Si me sintiera vacío "interiormente"	0	20	40	60	80	100
69. Si estuviera en un restaurante y las personas junto a mí ordenaran unas bebidas	0	20	40	60	80	100
70. Si me sintiera cansado	0	20	40	60	80	100
71. Si todo me estuviera saliendo mal	0	20	40	60	80	100
72. Si quisiera celebrar con un amigo (a)	0	20	40	60	80	100
73. Si me presionarán a demostrar que puedo tomar solo una copa	0	20	40	60	80	100
74. Si me sintiera culpable	0	20	40	60	80	100
75. Si me sintiera nervioso (tenso)	0	20	40	60	80	100
76. Si estuviera enojado respecto al curso que han tomado las cosas	0	20	40	60	80	100
77. Si me sintiera presionado por mi familia	0	20	40	60	80	100

PREGUNTAS	SERIA CAPAZ DE RESISTIR LA NECESIDAD DE BEBER EN EXCESO.					
	INSEGURO			SEGURO		
	0	20	40	60	80	100
78. Si algo bueno sucediera y quisiera celebrarlo	0	20	40	60	80	100
79. Si me sintiera contento con mi vida	0	20	40	60	80	100
80. Si pensara que no dependo de la bebida	0	20	40	60	80	100
81. Si pensara que una copa no me hace daño	0	20	40	60	80	100
82. Si estando con mis amigos, quisieramos aumentar la diversión	0	20	40	60	80	100
83. Si me sintiera confundido, respecto a lo que debo hacer	0	20	40	60	80	100
84. Si al reunirme con un amigo(a), sugiriera que tomáramos una copa	0	20	40	60	80	100
85. Si quisiera celebrar una ocasión especial, como la Navidad o un cumpleaños	0	20	40	60	80	100
86. Si me doliera la cabeza	0	20	40	60	80	100
87. Si no me llevara bien con mis compañeros de trabajo	0	20	40	60	80	100
88. Si me estuviera divirtiendo en una fiesta y quisiera sentirme mejor	0	20	40	60	80	100
89. Si tuviera urgencia de beber una copa	0	20	40	60	80	100
90. Si pensara en las oportunidades que he desperdiciado	0	20	40	60	80	100
91. Si quisiera probarme, a mí mismo, que puedo beber algunas copas sin emborracharme	0	20	40	60	80	100
92. Si tuviera problemas (pleitos) en mi hogar	0	20	40	60	80	100
93. Si disfrutando de una comida con amigos, pensara que una copa haría la reunión más agradable	0	20	40	60	80	100
94. Si tuviera problemas en el trabajo	0	20	40	60	80	100
95. Si estuviera a gusto con un amigo (a) y quisiera tener mayor intimidad	0	20	40	60	80	100
96. Si mi jefe me ofreciera una copa	0	20	40	60	80	100
97. Si sintiera el estómago "hecho rudo"	0	20	40	60	80	100
98. Si me sintiera feliz al recordar algo	0	20	40	60	80	100
99. Si necesitara valor para enfrentarme a alguien	0	20	40	60	80	100
100. Si sintiera que alguien me quiere controlar y quisiera sentirme independiente	0	20	40	60	80	100

GRACIAS POR SU COLABORACION.

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE ENTREVISTA INICIAL¹

Nombre del usuario: _____

_ _ ESTUDIO	_ _ _ _ Nº USUARIO	_ _ SESION	_ _ _ _ _ DÍA MES AÑO
-----------------	------------------------	----------------	---------------------------

1. Concentración de alcohol en sangre al momento de la entrevista. |_|_|_|
2. Edad: (en años cumplidos) |_|_|
3. Sexo: (1) Masculino (2) Femenino |_|
4. Nivel educativo: (Nº de años terminados) |_|_|

INTRODUCCION AL PROBLEMA

5. ¿Por qué esta usted buscando tratamiento?

6. ¿Ha recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de alcohol o droga?

- ___ (1) No, nunca he recibido ningún tipo de tratamiento para resolver problemas de alcohol o uso de drogas.
- ___ (2) SI

Tipo de Tratamiento/ayuda	Fecha (mes/año)	Alcohol	Drogas
(1) Centro de desintoxicación	_____	---	---
(2) Tratamiento de C. Externa	_____	---	---
(3) Tratamiento de C. Interna	_____	---	---
(4) Asesoría médica	_____	---	---
(5) Asesoría psiquiátrica	_____	---	---
(6) Grupos de auto-ayuda	_____	---	---

7. Principal problema por el que esta buscando ayuda (marque sólo uno)

- (1) Alcohol
 (2) Tabaco
 (3) Cocaína
 (4) Heroína
 (5) Marihuana/Cannabis
 (6) Pastillas
 Nombre: _____

(7) Otras (drogas):

(8) Tengo varios problemas con las drogas que considero de igual importancia. _____

8. ¿Esta siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad?

- (1) No,
 (2) Si

Cual: _____

9. ¿Esta tomando algún medicamento por prescripción médica?

- (1) No,
 (2) Si

¿Cuál (cuándo, dónde, por qué?): _____

10. ¿Cuanto pesa?

____|____|____|____|

11. ¿Que tan satisfecho está con "su estilo de vida" en este momento?

- (1) Muy satisfecho
 (3) Inseguro
 (5) Muy Insatisfecho

- (2) Satisfecho
 (4) Insatisfecho

HISTORIA FAMILIAR Y SOCIAL

12. Estado Civil: (Marque sólo una opción):

- (1) Casado (a)
 (3) Separado (a)
 (5) Unión Libre

- (2) Soltero (a)
 (4) Divorciado (a)
 (6) Viudo (a)

13. Con quién vive actualmente (Marque las opciones necesarias):

- (1) Esposo (a)
 (3) Padres
 (5) Amigos
 (7) Solo

- (2) Niños
 (4) Hermanos
 (6) Parientes
 (8) Otros

14. Describa sus actividades recreativas (por ej. deportes, hobbies, etc): _____

15. ¿Estas actividades están relacionadas al uso de drogas o al consumo excesivo de alcohol?
 ___ (1) No
 ___ (2) Si
16. ¿Cuando está con amigos o familiares estos lo presionan a beber en exceso o a usar drogas?
 ___ (1) No
 ___ (2) Si, pero sólo mis amigos
 ___ (3) Si, pero sólo mi familia
 ___ (4) Si, tanto mis amigos como mi familia
17. Entre sus amigos o familiares, ¿quienes lo ayudarían a cambiar su consumo de alcohol o de drogas? _____

HISTORIA LABORAL Y LUGAR DE RESIDENCIA

18. Situación laboral (marque sólo una opción).
 ___ (1) Tiempo completo
 ___ (2) Medio tiempo
 ___ (3) Trabaja por su cuenta
 ___ (4) Trabajo ocasional
 ___ (5) Sin empleo
 ___ (6) Incapacitado
 ___ (7) Estudiante
 ___ (8) Jubilado
 ___ (9) Labores del hogar
19. Ocupación actual u ocupación que ha desempeñado con más frecuencia:
 _____ [][][]
20. Número de años trabajando en ocupación actual:
 [][]
21. Número de semanas, durante el año pasado, que estuvo desempleado (0 a 52 semanas):
 [][]

22. Número de días de trabajo, durante el año pasado, perdidos como resultado de consumir bebidas alcohólicas, (0 a 360):
23. Número de días de trabajo perdidos, durante el año pasado, como resultado del uso de drogas, (0 a 360):
24. Número de veces que perdió el empleo, durante el año pasado, como resultado de consumir bebidas alcohólicas:
25. Número de veces que perdió el empleo, durante el año pasado, como resultado del uso de drogas:
26. Lugar de residencia en la actualidad:
- (1) Casa propia
 - (2) Departamento o casa rentada
 - (3) Cuarto
 - (4) Sin dirección permanente
 - (5) Albergue
 - (6) Otra _____

27. Número de veces que se ha cambiado de casa el año pasado:

28. Ingreso personal aproximado durante el año pasado:

29. En promedio, ¿cuanto dinero utiliza cada semana en alcohol?: \$

30. En promedio, ¿cuanto dinero gasta cada semana en comprar drogas?:

HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

CONSUMO DE ALCOHOL:

31. ¿Cuántos días estuvo en el hospital por problemas relacionados con el consumo de alcohol, durante el año pasado?

32. ¿Cuántas veces fué arrestado por problemas relacionados con su consumo de alcohol, durante el año pasado?
33. ¿En cuántas ocasiones tuvo que beber por las mañanas al levantarse para curarse la "cruda", durante el año pasado?
34. ¿Por cuántos años, cree usted que ha sido un bebedor excesivo?
35. ¿Por cuántos años, cree usted que ha tenido problemas con su consumo de alcohol?
36. En la siguiente escala, marque la alternativa que mejor describa su CONSUMO DE ALCOHOL durante el año pasado (marque sólo una opción):
- (1) Sin problema
 - (2) Un pequeño problema, (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa)
 - (3) Un problema menor, (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria)
 - (4) Un problema mayor, (he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria)
 - (5) Un gran problema, (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)
37. Desde que el consumo de alcohol se volvió un problema para usted, ¿cuántas veces ha tratado seriamente de dejar o reducir su consumo?
38. Desde que el beber se volvió un problema para usted, ¿durante cuántos meses consecutivos no ha consumido nada de alcohol? (mayor período de abstinencia. Si nunca se ha abstenido marque "0")
- ¿Cuándo ocurrió? /
mes año
- ¿Porqué se abstuvo en esa ocasión? _____
-
-

39. Consumo de alcohol durante el año pasado:
 En que porcentaje (0 a 100%) consumió durante el año pasado las siguientes bebidas:
- | | |
|-------------------------|-----------------|
| CERVEZA | 0 - 100: _____% |
| VINO | 0 - 100: _____% |
| DESTILADOS ² | 0 - 100: _____% |

40. Resumen de resultados de Línea Base Retrospectiva:
-
-
-

CONSUMO DE DROGAS:

41. ¿Cuántos días estuvo en el hospital por problemas con el uso de drogas durante el año pasado?
42. Número total de arrestos por abuso de drogas:
43. ¿Por cuántos años cree usted que ha tenido problemas con su consumo de drogas?
44. En la siguiente escala, marque la alternativa que mejor describa su USO DE DROGAS durante el año pasado (marque sólo una opción):
- (1) Sin problema
 - (2) Un pequeño problema, (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa)
 - (3) Un problema menor, (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria)
 - (4) Un problema mayor, (he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria)
 - (5) Un gran problema, (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)
45. Desde que el USO DE DROGAS se volvió un problema para usted, ¿cuantas veces ha tratado seriamente de dejar o reducir su consumo?

2. DESTILADOS = RON, VODKA, WHISKY, GINEBRA, TEQUILA, BRANDY, ETC.

46. Desde que el USAR DROGAS se volvió un problema para usted, ¿durante cuantos meses consecutivos no las ha consumido? (mayor período de abstinencia. Si nunca se ha abstenido marque "0")

¿Cuándo ocurrió? /
mes año

¿Porqué se abstuvo en esa ocasión? _____

CONSUMO DE TABACO:

(Para ex-fumadores estas preguntas deben contestarse en pasado)

47. (1) Nunca he fumado
 (2) Actualmente fumo
 (3) Ex-fumador (< de 1 año)
 (4) Ex-fumador (> de 1 año), No. de años: _____

48. Por cuantos años ha sido fumador regular:

49. Promedio de cigarrros fumados diariamente:

50. Número de minutos que pasan (1 hr. = 60 minutos) desde, que se despierta en las mañanas y enciende su primer cigarrillo:

(para ex-fumadores este dato debe ser antes de dejar de fumar)

HISTORIA DE SEGUIMIENTO DEL CONSUMO DE DROGA

TIPO DE DROGA	Consumo 1=No 2=SI	Forma de consumo mayormente utilizada 1= Oral 2=Absorción 3=inyección 4 = fumada 5 =Inhalada 6 = Otras	** Frecuencia de consumo más usual durante los últimos 90 días	Cantidad consumida con más frecuenci a durante los últimos 90 días
ALCOHOL				
20.CANNABIS(MARIJUANA,HASHIS, ACEITE DE HASHIS)				
21.ESTIMULANTES:COCAINA				
22.ESTIMULANTES:OTRAS(P.EJ.PASTILLAS PARA BAJAR DE PESO,ANFETAMINAS)				
23.ESTIMULANTES:ETANFETAMINAS				
24.DEPRESIVOS: ANSIOLITICOS (VALIUM, LIBRIUM)				
25.DEPRESIVOS: SEDATIVOS, HIPNOTICOS (AMTIAL, DALMANE)				
26.NARCOTICOS: HEROINA				
27.NARCOTICOS: METADONA				
28.NARCOTICOS: (222)				
29.NARCOTICOS: OPIO, MORFINA, DEMEROL, DILAUDIO.				
30.INHALABLES: CEMENTO, SOLVENTES, AEROSLES.				
31.INHALABLES:MITRATOS VOLATILES				
32.ALUCINOGENOS: LSD, PCP, STP, MDA, POLVO DE ANGEL, MESCALINA, PSILOCIBINA				
33.DROGAS ANTI-ALCOHOL:ANTABUSE, TEMPOSIL				
34. otras				

* NOTA: Si el cuadro "CONSUMO" se contesta "NO", el resto del cuadro debe permanecer en blanco.

** CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO:
 0 = NO CONSUME 3 = 1 A 2 VECES A LA SEMANA
 1 = 1 MES 4 = 3 A 6 POR SEMANA
 2 = 1 VEZ AL MES 5 = DIARIAMENTE

CONSECUENCIAS ADVERSAS DEL USO DE SUSTANCIAS:

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	A L C O H O L	E S T (H U L A M T E S	T R A N H I L I S	N A R C O T I C O S	S H E I D P A H O T I E S C O S	S O L V E N T E S	C A N N A B I S	O T R A S
52. Droga Consumida durante los últimos seis meses 1) = NO 2) = SI								

NOTA: DEJAR EN BLANCO LOS SIGUIENTES CUADROS SI NO SE CONSUMEN DROGAS
PROBLEMAS EXPERIMENTADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES

53. Daño físico (Incluyendo daño neurológico por sobredosis) 0 = Ninguno 1 = Aviso preventivo del médico 2 = Tratamiento médico por problemas físicos (enfermedad o accidentes), relacionado con el problema de drogas								
54. Daño cognitivo (agudo o crónico) (Incluyendo lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento). 0 = Ninguno 1 = 5 o menos ocasiones 2 = Más de 5 ocasiones								
55. Daño afectivo (agudo o crónico) (Incluyendo borracheras, cambios de humor, presiones relacionadas con el consumo y cambios de personalidad) 0 = Ninguno 1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario) 2 = Mayor (Con consecuencias en el comportamiento diario)								
56. Problemas Interpersonales 0 = Ninguno 1 = Menor (solamente discusiones e relaciones tirantes) 2 = Mayor (Pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo)								

<p>57. Agresión 0 = Ninguno 1 = Abuso verbal cuando está drogado 2 = Violencia física cuando está drogado</p>							
<p>58. Problemas laborales 0 = Ninguno 1 = Trabajo afectado (pérdida de tiempo durante el trabajo, capacidad reducida o quejas del supervisor) 2 = Amenaza de pérdida de trabajo o pérdida del mismo</p>							
<p>59. Problemas legales 0 = Ninguno 1 = solamente acusación (trámite pendiente o sin cargos) 2 = Convicto</p>							
<p>60. Problemas financieros 0 = Ninguno 1 = Menor (gastos en exceso) 2 = Mayor (Consumo de sustancias relacionada con menores ingresos para mantener su consumo)</p>							

EVALUACION DEL ENTREVISTADOR: Favor de anotar un breve comentario de cualquier aspecto de la entrevista con el usuario que no esté reflejado en este cuestionario, (por ejemplo, aspecto, sentimientos, proceso de pensamiento, problemas que puedan interferir con el tratamiento):

RECOMENDACIONES PARA INICIAR EL TRATAMIENTO:

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: _____

PROFESION: _____

FECHA: _____

FIRMA: _____

BREVE ESCALA SOBRE DEPENDENCIA AL ALCOHOL¹

NOMBRE _____

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas cubren una amplia variedad de situaciones relacionadas con su consumo de alcohol. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta, pero no piense mucho su significado exacto.

Considerando sus hábitos de beber más recientes, conteste cada pregunta marcando con una "X" la opción más adecuada. Si tiene alguna duda al contestar, por favor pregunte al entrevistador.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECIENTE MENTE	CASI SIEMPRE
1. ¿Tiene dificultad para dejar de pensar en beber?	0	1	2	3
2. ¿Es más importante emborracharse que su próxima comida?	0	1	2	3
3. ¿Organiza su día de acuerdo a cuando y donde puede beber?	0	1	2	3
4. ¿Bebe por la mañana, tarde y noche?	0	1	2	3
5. ¿Bebe por el efecto del alcohol sin importarle que bebida es la que toma?	0	1	2	3
6. ¿Bebe la cantidad que desea independientemente de lo que tenga que hacer al otro día?	0	1	2	3
7. ¿Bebe en exceso aún sabiendo que muchos problemas pueden ser causados por el alcohol?	0	1	2	3

¹ AUTOR: RAISTRICK, D.
DERECHOS RESERVADOS: FACULTAD DE PSICOLOGIA, UNAM

	NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
8. ¿Sabe que una vez que empieza a beber no podrá dejar de hacerlo?	0	1	2	3
9. ¿Trata de controlar su forma de beber, dejando de tomar algunos días o semanas?	0	1	2	3
10. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso, siente la necesidad de tomar una copa para poder funcionar?	0	1	2	3
11. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso se despierta con temblor en las manos?	0	1	2	3
12. ¿Después de haber bebido en gran cantidad, se despierta y vomita?	0	1	2	3
13. ¿A la mañana siguiente de una noche de beber en exceso evita a la gente?	0	1	2	3
14. ¿Después de una ocasión de beber en exceso ve cosas que lo asustan, aún cuando después se da cuenta que eran imaginarias?	0	1	2	3
15. ¿Sale a tomar y al otro día olvida lo que ocurrió la noche anterior?	0	1	2	3

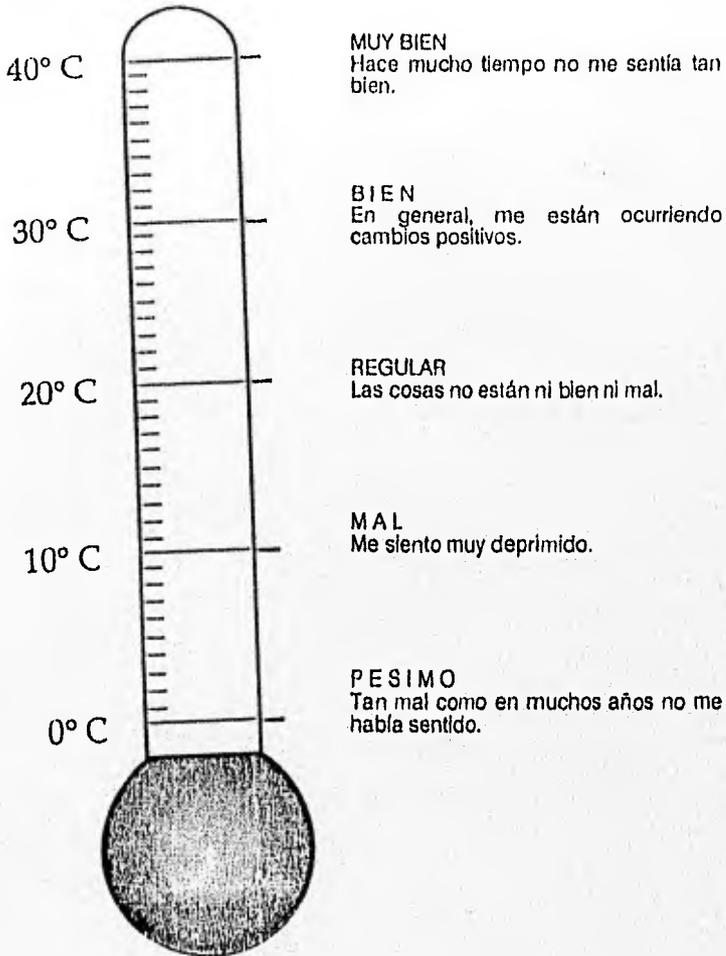
	1	9	9	6		
	LUNES	MARTES	MIERCOLE	JUEVES	VIERNES	SABADO
	DOMINGO					
ENERO	1	2	3	4	5	6
	8	9	10	11	12	13
	15	16	17	18	19	20
	22	23	24	25	26	27
	29	30	31			
FEBRERO				1	2	3
	5	6	7	8	9	10
	12	13	14	15	16	17
	19	20	21	22	23	24
	26	27	28	29		
MARZO					1	2
	4	5	6	7	8	9
	11	12	13	14	15	16
	18	19	20	21	22	23
	25	26	27	28	29	30
ABRIL	1	2	3	4	5	6
	8	9	10	11	12	13
	15	16	17	18	19	20
	22	23	24	25	26	27
	29	30				
MAYO				2	3	4
	6	7	8	9	10	11
	13	14	15	16	17	18
	20	21	22	23	24	25
	27	28	29	30	31	
JUNIO						1
	3	4	5	6	7	8
	10	11	12	13	14	15
	17	18	19	20	21	22
	24	25	26	27	28	29
JULIO	1	2	3	4	5	6
	8	9	10	11	12	13
	15	16	17	18	19	20
	22	23	24	25	26	27
	29	30	31			
AGOSTO				1	2	3
	5	6	7	8	9	10
	12	13	14	15	16	17
	19	20	21	22	23	24
	26	27	28	29	30	31
SEPTIEMBRE						
	2	3	4	5	6	7
	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26
	27	28	29	30	31	

1996	LUNES	MARTES	MIERCOLE	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
OCTUBRE		1	2	3	4	5	6
	7	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19	20
	21	22	23	24	25	26	27
	28	29	30	31			
NOVIEMBRE					1	2	
	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24
	25	26	27	28	29	30	
DICIEMBRE							1
	2	3	4	5	6	7	
	9	10	11	12	13	14	15
	16	17	18	19	20	21	22
	23	24	25	26	27	28	29
	30	31					

MEDIDA GLOBAL DE MEJORIA

Imagine que en un termómetro como el que a continuación se ilustra, puede tomar una lectura de cómo se siente en este momento. Por ejemplo, si usted marca 15 GRADOS indica que está muy triste.

En el termómetro, señale cómo definiría su estado emocional, haciendo un círculo en el número correspondiente.



ENTREVISTA DE SEGUIMIENTO

_ _	_ _ _	_ _	_ _ _	_ _	_ _ _
ESTUDIO	SUJETO NUMERO	FORMA ID	OCASION	DIA	MES AÑO

07* 6-meses
00* 12-meses

6 meses de información	Fechas de seguimiento _____ a _____
------------------------	-------------------------------------

0. Formas completadas antes del seguimiento de la entrevista (revise todos).

- ___ 1.- Traer registros de automonitoreo para línea base retrospectiva.
- ___ 2.- Línea base retrospectiva por adelantado.
- ___ 3.- Haber traído el cuestionario del costo de tratamiento por adelantado.
- ___ 4. Traer el establecimiento de metas por adelantado.
- ___ 5.- Traer por adelantado.
- ___ 6.- No recibió las formas anteriores por adelantado.

1. Lugar de la entrevista:

(1) en el centro de tratamiento (2) en el campo I__I
(3) por correo (4) por teléfono.

2. Entrevistador.

(1)	(3)	(5)
(2)	(4)	(6)

3. Nivel de Alcohol en la sangre en el momento de la entrevista.

888=incapaz de evaluar, persona no entrevistada personalmente.

I _ I
.000-.400

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS E HISTORIA PERSONAL

4. Estado civil:

(1) Casado (3) Separado (5) Viuda
(2) Soltero (4) Divorciado I _ I

5. Que tan satisfecho está de su calidad de vida en este momento?

(1) Muy Satisfecho (3) Inseguro (5) Muy insatisfecho
(2) Satisfecho (4) Insatisfecho I _ I

HISTORIA LABORAL

6. Estado laboral en los últimos 6 meses I _ I _ I

(1) Tiempo completo (4) Trabajo temporal (7) Estudiante
(2) Medio tiempo (5) Desempleado (8) Jubilado
(3) Independiente (6) Beneficencia (9) Ama de casa

7. Número de semanas que estuvo trabajando en los últimos 6 meses (0-26).

I _ I _ I
0-26

8. Número de días en que no asistió a trabajar durante los últimos 6 meses por abuso de alcohol.

888=El Alcoholismo no es el problema en el tratamiento I _ I _ I _ I
889=Desempleado en los últimos 6 meses. 0-180

9. Número de días en que no se presentó a laborar durante los últimos 6 meses por causa del consumo de drogas. I _ I _ I _ I
0 - 180

888=La drogadicción no es el problema del tratamiento
889=Desempleado en los últimos 6 meses

10. Número de trabajos que perdió durante los últimos 6 meses debido a problemas causados por el alcohol. I _ I _ I _ I
 88=El Alcoholismo no es el problema en el tratamiento 0-180
 89=Desempleado en los últimos 6 meses

11. Número de trabajos que perdió durante los últimos 6 meses debido a problemas causados por consumo de drogas. I _ I _ I
 88=El consumo de drogas no es el problema en el tratamiento 0-10
 89.-Desempleado en los últimos 6 meses.

HISTORIA DE TRATAMIENTO.

12. ¿Ha recibido algún otro tratamiento además de este o ha participado con grupos de auto-ayuda para resolver su problema de alcoholismo o drogadicción durante los últimos 6 meses? I _ I

- (1) Si. Continúe con la pregunta 13
 (2) No. Continúe con la pregunta 14.

13. Describa (nombre y/o tipo) cada tipo de tratamiento o ayuda que usted recibió: Califíquela si fue:
 (1) útil, (2) no tuvo ninguno efecto, o (3) inútil.

Tipo de tratamiento/ ayuda	Alcoholismo(1)/ Drogadicción(2)	Calificación de ayuda
_____	_____	_____
_____	_____	_____

14. Número de días que estuvo internado en el hospital debido a problemas relacionados con el alcohol durante los últimos 6 meses. I _ I _ I _ I
 0-180

Código 888=El consumo de drogas no es el problema del tratamiento

15. No. de días que estuvo internado en el hospital debido a problemas relacionados con las drogas durante los últimos 6 meses. I _ I _ I _ I
 0-180

Código 888=El consumo de drogas no es el problema del tratamiento

HISTORIA DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

16. Consumo de alcohol en los últimos 6 meses:

Proporción del consumo de cerveza

$\frac{I \quad I \quad I \quad I}{0-100}$

Proporción del consumo de vino.

$\frac{I \quad I \quad I \quad I}{0-100}$

Proporción del consumo de destilados y
licores fuertes.

$\frac{I \quad I \quad I \quad I}{0-100}$

LAS CASILLAS DEBEN DAR UN TOTAL DE 100.

17. Número de días que estuvo bebiendo para evitar o minimizar el síndrome de retiro de la noche anterior en que comenzó a beber, en los últimos 6 meses.

$\frac{I \quad I \quad I \quad I}{0-180}$

Código 888=El Alcohol no es el problema en el tratamiento

18. Marque (sólo una) la alternativa que mejor describe su manera de **beber** durante los últimos 6 meses:

I _ I

- (1) No es un problema
- (2) Es un **pequeño** problema (me preocupa, pero no he tenido ninguna experiencia o consecuencia negativa)
- (3) Es un problema **menor** (he tenido algunas experiencias negativas, pero considero que ninguna de ellas fue seria)
- (4) Es un problema **grave** (he tenido algunas experiencias negativas, una de las cuales, considero que fue seria)
- (5) Es un problema **muy grave** (he tenido algunas experiencias con consecuencias negativas, de las cuales por lo menos 2 considero que fueron serias)

Código 8= El alcohol no es un problema que se presente en el tratamiento.

19. Marque (sólo una) la alternativa que describe su manera de consumir drogas durante los últimos 6 meses:

I__I

- (1) No es un problema del todo
- (2) Es un pequeño problema (me preocupa, pero no me ha provocado ninguna experiencia o consecuencias negativas)
- (3) Es un problema menor (me ha dado algunas experiencias con consecuencias negativas pero considero que ninguna de ellas fué seria)
- (4) Es un problema grave (me ha provocado algunas experiencias con consecuencias negativas una de las cuales, considero que fué seria)
- (5) Es un problema muy grave (me ha provocado algunas experiencias con consecuencias negativas, mínimo 2 que considero que fueron serias)

Código 8: El consumo de drogas no es un problema que se presente en el tratamiento.

51. HISTORIA DEL CONSUMO DE DROGAS

TIPO DE DROGA	Consumo * 1 = No 2 = Si	No Total de años de Consumo	Forma de consumo mayormente utilizada 1 = Oral 2 = Absorción 3 = Inyección 4 = fumada 5 = Inhalada 6 = Otras	Ultimo año de consumo	** Frecuencia de consumo más usual durante los últimos 90 días	Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días
ALCOHOL				19		
CANNABIS (MARIJUANA, HASHIS, ACEITE DE HASHIS)				19		
ESTIMULANTES: COCAINA				19		
ESTIMULANTES: METANFETAMINAS				19		
DEPRESIVOS: ANSIOLITICOS (VALIUM, LIBRIUM)				19		
DEPRESIVOS: SEDATIVOS, HIPNOTICOS (AMYLAL, DALMANE)				19		
NARCOTICOS: HEROINA				19		
NARCOTICOS: METADONA				19		
NARCOTICOS: (222)				19		
NARCOTICOS: OPIO, MORFINA, DEMEROL, DILAUDID.				19		
INHALABLES: CEMENTO, SOLVENTES, AEROSLES.				19		
INHALABLES: NITRATOS VOLATILES				19		
ALUCINOGENOS: LSD, PCP, STP, MDA, POLVO DE ANGEL, Mescalina, PSILOCIBINA				19		
DROGAS ANTI-ALCOHOL: ANTABUSE, TEMPOSIL				19		
OTRAS				19		

* NOTA: Si el cuadro "CONSUMO" se contesta "NO", el resto del cuadro debe permanecer en blanco.

** CODIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO:
 0 = NO CONSUME 3 = 1 A 2 VECES A LA SEMANA
 1 = 1 MES 4 = 3 A 6 POR SEMANA
 2 = 1 VEZ AL MES 5 = DIARIAMENTE

39. Problemas interpersonales 0 = ninguno 1 = menor (solo argumentos o relaciones forzadas) 2 = mayor (relaciones perdidas o casi deshechas debido al consumo de la droga)								
40. Agresión 0 = Ninguno 1 = Abuso verbal durante el consumo 2 = Violencia física durante el consumo								
41. Problemas laborales 0 = Ninguno 1 = Trabajo afectado (pérdida de tiempo durante el trabajo, capacidad reducida o quejas del supervisor) 2 = Amenaza de pérdida de trabajo o pérdida del mismo								
42. Problemas legales 0 = Ninguno 1 = solamente acusación (trámite pendiente o sin cargos) 2 = Convicto								
43. Problemas financieros 0 = Ninguno 1 = Menor (gastos en exceso) 2 = Mayor (Consumo de sustancias relacionada con la pérdida significativa de sus ingresos)								

CONSUMO DE TABACO / TABAQUISMO

44. Cuál de los siguientes enunciados describe su forma de fumar?

I__I

- (1) Fumo actualmente. Paso a la pregunta 45
- (2) Dejé de fumar desde que estoy bajo el tratamiento. Pase a la pregunta 46
- (3) No-fumador antes del tratamiento. Lea la pregunta 47.

45. Cuál es el número promedio de cigarrros que se fuma diariamente durante los últimos 6 meses?

I__I

Código 80= No fuma diariamente

46. Escriba la fecha en que dejó de fumar

Día mes año I__I__I__I__I

PREGUNTAS DE LA TERAPIA DE CONVALECENCIA.

47. En los últimos 6 meses, utilizó satisfactoriamente alguna de las estrategias o técnicas que desarrolló o analizó durante su terapia? (revisa todas las que se pueden aplicar).

- ___ (0) Ninguna se reporta, no usó ninguna estrategia.
- ___ (1) Auto-monitoreo del consumo de drogas y alcoholismo.
- ___ (2) Solución del problema.
- ___ (3) Identificación de los factores de incitación al consumo de drogas y alcohol.
- ___ (4) Establecimiento de metas.
- ___ (5) Estrategias de cambio en el estilo de vida.
- ___ (6) Proceso que consiste en detenerse y pensar (tiempo fuera).
- ___ (7) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de los pros y de los contras).
- ___ (8) Directrices del alcoholismo (p.ej. tomar menos en más tiempo, (cerveza ligera, vino, bebidas desalcoholizadas).
- ___ (9) Cambio de amigos y de lugares en donde se consumen sin alcohol drogas.
- ___ (10) Otras: Describa. _____
- ___ (11) Otras: Describa. _____
- ___ (12) Otras: Describa. _____

LAS PREGUNTAS 48 Y 49, SON SOLO PARA PACIENTES CON LOS QUE SE HA TENIDO UN CONTACTO UNICO DE 6 MESES.

48. Qué tan útil ha sido la comunicación telefónica de con su terapeuta para las terapias de convalecencia durante el período que abarca de uno a tres meses después de haber comenzado con el tratamiento?

(1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____ (5) _____
No fue Ayudó Ayudó Ayudó A. Bastante
útil un poco en algo considerablemente

I _ I

49. Le recomendaría a los terapeutas que siguieran manteniendo el contacto con sus clientes que participan en el Programa, por medio del teléfono.

- (1) Sí
- (2) No
- (3) Sí, pero solo para algunos pacientes. Por favor, escriba el tipo de pacientes que usted considera los adecuados para mantener esta forma de comunicación: _____

I _ I

LAS PREGUNTAS RESTANTES SOLO SE HACEN EN EL SEGUIMIENTO DE 12 MESES. Estas preguntas son acerca del tratamiento en el que usted participó. Estamos interesados en saber lo que usted piensa o sus experiencias durante el año después de su tratamiento. Para completar sus respuestas le agradecemos de antemano algún otro comentario que tenga, acerca del programa y de la manera que éste fue conducido.

50. El tiempo que duró el tratamiento fué :

- (1) Escasa (2) Suficiente (3) Abundante

I__I

51. Si la terapia fué escasa o abundante. Cuantas sesiones hubieran sido las suficientes? (88=TX Suficientes).

I__I

52. En comparación con las condiciones en las que usted se encontraba antes de estar sujeto al programa de esta terapia, actualmente su manera de beber es:

I__I

- (1) Ya no es un problema
(2) El problema es menor que antes
(3) No ha cambiado
(4) El problema es más grave que antes.

53. En general, fue capaz de elegir su meta de consumo del consumo de alcohol o drogas?

I__I

- (1) Una buena meta. Por qué?
(2) Sin comentarios
(3) Una mala meta. Por qué?

54. Si estuviera al inicio de su tratamiento preferiría elegir usted mismo su meta de consumo de alcohol o drogas o preferiría que el terapeuta seleccionara dicha meta por usted?

I__I

- (1) Seleccionar la meta por mi mismo
(2) Seleccione el terapeuta
(3) Indiferente.

En la siguiente sección, estamos interesados en saber que características específicas del tratamiento pudieran haber tenido algún efecto en la modificación de su consumo del alcohol y de drogas. Por ejemplo: Si el tratamiento lo ayudó a disminuir o a dejar el consumo de drogas o alcohol, pero posteriormente usted reincidió en el consumo de drogas o alcohol, el tratamiento sería considerado como una terapia útil a pesar de un resultado final, muy desfavorable.

55. Enumere que tan útiles le fueron cada una de las siguientes características del tratamiento, por medio de la siguiente escala que consta de cinco niveles diferentes:

- | | | | | |
|-------------|-------------|-------------|--------|------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| No recuerdo | Nada útiles | Sin opinión | Útiles | Muy útiles |

- ___ (1) Entrevista inicial (su primer visita al centro de servicios Psicológicos, antes de recibir tratamiento)
- ___ (2) El nombre de su terapeuta es.
- ___ (3) Las lecturas y tareas que fueron asignadas.
- ___ (4) Automonitoreo de su consumo de drogas y alcohol en su cuadernillo, con los registros de progreso
- ___ (5) Balanza de decisiones (recapacitar acerca de los pros y contras).
- ___ (6) La aproximación hacia resolución de problemas (identificación de los factores de incitación al consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias, opciones de desarrollo planes de acción).
- ___ (7) Énfasis en hacer las cosas por uno mismo (utilizando sus propias fuerzas y recursos).
- ___ (8) La auto selección de las metas para el consumo de drogas y/o el

- alcohol.
- ___ (9) Cuando usted lo deseo saber que este tratamiento estuvo a su alcance.
- ___ (10) Los dos contactos telefónicos que mantuvo con su terapeuta para la terapia de convalecencia.
- ___ (11) Las 4 sesiones estructuradas de la terapia (grupo/individual).

56. Qué piensa que sean los dos tipos de tratamiento en este estudio?

I__I

- (1) No consideró lo correcto.
- (2) Consideró lo correcto.

57. Considera usted que el programa, de auto-control para bebedores problema en México, en el cual usted participó, debería seguir estando a la disposición de nuestra población.

I__I

- (1) Sí.
- (2) No.
- (3) Si sólo en determinados pacientes. Favor de escribir el tipo de pacientes que usted considere el apropiado para esta clase de tratamiento: _____

58. Sólo para sujetos con terapia individual:

Si usted hubiera sido asignado a terapia de grupo en vez de, a una terapia individual. Hubiera seguido participando en el estudio?

I__I

- (1) Sí.
- (2) No.
- (3) No sabe.
- (4) No es apropiado, es un sujeto de grupo.
Comentarios.

59. Solo para sujetos con terapia en grupo:

Si usted hubiera sido asignado en terapia individual en vez de una terapia en grupo. Hubiera seguido participando en el estudio?

I__I

- (1) Sí.
- (2) No.
- (3) No sabe.
- (4) No es apropiado, es un sujeto individual.

Comentarios: _____

60. Con esto concluimos la entrevista. Tiene algún comentario o alguna sugerencia que desee agregar?

Resultados de los análisis sanguíneos.

61.GGTP

I _____ I

62.MCV

Notas del Entrevistador.
